270

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 28 Juin 1893, à 1 heure

PAR G. BOUTAN,

Né à ( ), le 18 .

De la Cystostomie Sus-Pubienne

Président : M. TILLAUX, Professeur.

Juges : MM. TERRIER, Professeur. JALAGUIER et LEJARS, Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15 — Rue Racine — 15

1893

270

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 28 Juin 1893, à 1 heure

PAR G. BOUTAN,

Né à ( ), le 18 .

De la Cystostomie Sus-Pubienne

Président : M. TILLAUX, Professeur.

Juges : MM. TERRIER, Professeur. JALAGUIER et LEJARS, Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15 — Rue Racine — 15
1893

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen ..... M.	BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUS.
Clinique médicale	G. SÉE. POTAIN. JACCOUD. PETER.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	TILLAUX. LE FORT. DUPLAY. LE DENTU
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER. PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	ROGER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	SCHWARTZ.
BALLET.	GAUCHER.	MENÉTRIER.	SÉBILLEAU.
BAR.	GILBERT.	NÉLATON.	TUFFIER.
BRISSAUD.	GLEY.	NETTER.	VARNIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des travaux anatomiques.	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.		WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	QUENU.	
CHAUFFARD.	LETULLE.	RETTERER.	
DEJERINE.	MARFAN.	RICARD.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Ayant vu, en février dernier, M. le professeur Tillaux pratiquer la taille hypogastrique d'urgence, pour remédier à des accidents graves de la rétention d'urine, chez un prostatique, nous avons choisi pour sujet de notre Thèse inaugurale une étude sur l'opération que le monde chirurgical a désignée sous le nom « d'Opération d'A. Poncet ».

En quoi consiste cette opération et dans quel but a-t-elle été pratiquée? Telle est la première question que nous ayons à nous poser, afin de délimiter notre sujet, par une définition précise. La précision dans l'énoncé nous permettra, en effet, non seulement de déterminer avec justice à qui appartient la priorité de la conception, mais aussi de rechercher les véritables indications de l'opération nouvelle.

M. le professeur A. Poncet a lui-même excellemment défini la cystostomie sus-pubienne, en intitulant sa première communication : « De la création d'un urèthre

contre-nature dans les rétentions d'urine d'origine prostatique », et en disant que sa préoccupation est alors « de maintenir une ouverture vésicale assimilable à celle de l'intestin dans l'entérostomie ». Il s'agit donc par la cystostomie de créer « un méat artificiel » en amont de l'obstacle prostatique, pour permettre l'excrétion nécessaire de l'urine.

Cette opération est toute récente, et malgré cela elle paraît être arrivée du premier coup à un degré supérieur de perfection, non pas seulement au point de vue du manuel opératoire, ce qui serait peu important, mais au point de vue de ses indications et des résultats consécutifs. Aussi, avons-nous cru qu'il était utile et intéressant d'entreprendre cette étude.

En quoi consiste l'opération, quels sont le manuel opératoire et le but à atteindre ? Dans quels cas la cystostomie a-t-elle été pratiquée et quels résultats immédiats ou éloignés a-t-elle donnés ? A quelles indications répond-elle ?

C'est à ces questions que nous avons essayé de répondre, en même temps que nous avons essayé d'établir un parallèle entre les différents traitements des accidents d'origine prostatique, pour montrer les avantages de l'opération nouvelle sur les méthodes anciennes et sur quelques procédés modernes.

Nous tenons à remercier bien vivement M. le professeur Poncet, qui a bien voulu approuver le choix de notre sujet et qui nous a fourni des documents importants, avec la bienveillance et la générosité que tout le monde lui connaît. Qu'il nous permette de lui exprimer ici

toute notre reconnaissance pour l'empressement qu'il a mis à nous donner des renseignements précieux et pour l'extrême amabilité qu'il nous a témoignée lors du dernier Congrès français de chirurgie.

Que notre maître vénéré, M. le professeur Tillaux, veuille bien recevoir ici l'hommage de notre profonde reconnaissance, non seulement pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre Thèse, mais aussi pour la paternelle bienveillance, universellement reconnue, avec laquelle il nous a toujours accueilli.

Nous ne saurions oublier que nous avons suivi pendant plusieurs années, son enseignement à l'Amphithéâtre des Hôpitaux, où nous avons largement profité de ses leçons, si claires, si démonstratives, sur l'Anatomie topographique et la Médecine opératoire.

Mais ce n'est pas seulement à Clamart que nous avons pu apprécier ses merveilleuses qualités de Professeur. De ses leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu, que nous avons également suivies assidûment, nous garderons avec le plus grand soin et la plus vive reconnaissance les conseils pratiques qui nous seront certainement indispensables le cas échéant.

C'est encore à Clamart que nous avons eu le bonheur de connaître M. le prosecteur Ricard, qui devenu professeur agrégé à la Faculté et chirurgien des Hôpitaux, nous a conservé sa bienveillante amitié.

Aussi, sommes-nous heureux de lui témoigner ici toute notre reconnaissance pour les excellentes leçons qu'il nous a données pendant son prosectorat : nous

nous souviendrons toujours, non sans émotion, de sa brillante éloquence et de son incomparable habileté.

C'est encore pour nous un devoir agréable de remercier un de nos premiers maîtres, M. le professeur agrégé Letulle, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, que nous avons eu la bonne fortune de connaître, alors qu'il suppléait, à l'Hôtel-Dieu, le regretté professeur Vulpian.

Depuis cette époque, il n'a cessé de nous témoigner une bienveillance et une bonté sans limites : nous le prions aujourd'hui de recevoir l'hommage bien sincère de notre plus vive gratitude.

DÉFINITION — HISTORIQUE

Il faut entendre par cystostomie l'ouverture permanente de la vessie et l'établissement d'un urèthre contre-nature dans la région hypogastrique. Cela est net, précis, et distingue complètement la nouvelle opération de la taille sus-pubienne telle que la pratiquait les chirurgiens. Ici, il ne s'agit pas de taille ; il s'agit d'établir, de parti pris, un canal d'excrétion destiné à remplacer l'ancien, hors d'usage. C'est pour ainsi dire une mise à la retraite d'un fonctionnaire devenu incapable de remplir sa fonction.

L'opération fut pratiquée dans ce but bien déterminé, pour la première fois en France, par M. le professeur Poncet, de Lyon, au mois d'avril 1888. Aux premiers temps de la taille hypogastrique, l'auteur ajouta (et c'est en cela que consiste l'originalité) la suture méthodique des lèvres de la plaie vésicale avec celle de la plaie abdominale.

Outre le but spécial de création d'un canal artificiel, d'une bouche vésicale, la suture avait encore pour résultat, dans l'esprit de M. Poncet, de mettre le tissu cellulaire à l'abri de l'infiltration urineuse et des accidents septiques consécutifs.

Le 4 février 1889, M. Poncet lut à la Société de Médecine de Lyon, un Mémoire où se trouvent résumées cinq Observations. Depuis lors, l'auteur pratiqua trente-sept cystostomies et précisa les indications de son opération dans une série de publications (*Mercredi médical*, 4 novembre 1891 ; *Bulletin médical*, 6 avril 1892). Il était à peu près seul, avec ses élèves de Lyon, à pratiquer cette opération ; aussi M. L.-H. Petit a-t-il proposé de donner le nom « d'Opération de Poncet » à la cystostomie (1).

Au Congrès français de chirurgie de 1892, M. Poncet fit sur ce même sujet une communication importante et enfin, en 1893, au Congrès des Sociétés savantes, à Paris, il exposa les résultats éloignés de la cystostomie.

La taille hypogastrique avait cependant été pratiquée ou tout au moins conseillée, dès 1856, par Sédillot (2), « dans les cas où le passage d'une bougie a échoué, où on ne parvient pas à découvrir l'urèthre au niveau ou en arrière du rétrécissement ». L'opération était alors complétée par un cathétérisme rétrograde. L'auteur raconte un peu plus loin (p. 579) avoir pratiqué la taille sus-pubienne sur un vieux prostatique dont la vessie contenait « quatre litres environ de sang ». Et il ajoute : « Le malade se rétablit complètement et conserve une canule hypogastrique qui le met à l'abri de nouveaux accidents de rétention. »

(1) Union médicale, 9 avril 1892.

(2) Traité de Méd. opér. 1886, tome II, page 368 et suivantes.

L'Observation complète a été publiée dans la thèse de M. Garcin (1) en même temps que deux Observations de E. Bœckel. Le chirurgien de Strasbourg précisa d'ailleurs, dans un article intéressant, les indications de la cystostomie chez les prostatiques. Il la préfère « à la sonde à demeure, aux cathétérismes répétés et mal supportés (2) ».

Dans les Leçons cliniques de Thompson, se trouve également formulée l'idée d'un drainage hypogastrique, mise d'ailleurs une fois en pratique par l'auteur. Mais il n'est pas question d'établir un urèthre artificiel.

C'est donc à M. Poncet que revient l'honneur d'avoir démontré par ses résultats la possibilité de la création d'un canal contre-nature.

A l'étranger, on cherchait des opérations plus radicales et l'on essayait de restaurer deux inventions, françaises elles aussi, la prostatotomie et la prostatectomie de Mercier.

En même temps que M. Poncet, en France, le docteur Mac Guire de Richmond avait songé, en novembre 1888, à créer un urèthre artificiel chez les prostatiques atteints d'accidents. Qu'il nous soit permis de faire remarquer que cette simultanéité des recherches de Poncet et Mac Guire démontre la valeur de la cystostomie.

En effet, Mac Guire, dans un premier Mémoire (3)

(1) Th. de Strasbourg, 1884.

(2) Gazette médic. de Strasbourg, 1884, p. 95.

(3) Norfolk-Virginia, 1888, analysé dans Annales des Mal. des org. génit-urin., 1889.

lu le 24 octobre 1888, à la Société Médicale de Virginie, indique nettement qu'il s'efforce d'établir un urèthre contre-nature et rapporte quatre Observations. Dans un deuxième Mémoire publié le 17 mai 1890, il signale huit tailles hypogastriques chez des prostatiques qui n'avaient pu être améliorés par aucun autre moyen ; il insiste sur la présence fréquente de calculs qu'on n'avait pas soupçonnée (1).

L'opération de Poncet a fait enfin l'objet d'une thèse d'un interne de Lyon, le Dr Bonan, travail dans lequel nous avons puisé largement et qui contient l'enseignement du chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu.

A Paris, la cystostomie a eu jusqu'ici très peu de partisans. Elle n'était pratiquée que dans les cas d'urgence extrême et n'était considérée que comme le pire des palliatifs. E. Vignard a rapporté dans les *Annales des Maladies des organes génito-urinaires*, n° de novembre 1890, trois cas de taille hypogastrique chez des prostatiques atteints de rétention. L'un des malades, opéré en avril 1890 par M. Schwartz, avait, en novembre de la même année, un médiocre urèthre sus-pubien.

Enfin, cette année 1893, au commencement de février, M. le professeur Tillaux pratiqua la cystostomie d'urgence sur un prostatique atteint de rétention avec fausses routes et intoxication urinaire. Le malade succomba ; mais cette Observation n'en est pas moins très intéressante, car l'autopsie a permis de constater, pour la première fois, croyons-nous, la disposition

(1) Médical News, 17 may 1890.

nouvelle créée par l'opération et d'espérer pour un avenir prochain l'établissement à coup sûr d'un urèthre artificiel convenable.

CHAPITRE PREMIER

Manuel opératoire de la cystostomie sus-pubienne.

La cystostomie, comme toute opération, outre le manuel opératoire proprement dit, comporte des soins préliminatres, d'autant plus minutieux qu'elle est presque une opération d'urgence ; aussi la désinfection du champ opératoire doit-elle être très complète. L'hypogastre sera savonné, brossé, rasé, puis lavé avec la solution chaude de sublimé, enfin aseptisé par un dernier lavage à l'alcool ou à l'éther. La paroi abdominale, la partie supérieure des cuisses, toutes les régions, en un mot, avoisinant le champ opératoire, seront recouvertes de compresses bouillies et trempées dans la solution de sublimé de 1/1000.

Cette toilette étant terminée et le malade étant anesthésié par le chloroforme (ou l'éther), le chirurgien et ses aides, avant de s'aseptiser les mains, procèdent, s'il y a lieu, à l'injection intra-vésicale d'eau boriquée bouillie. Nous disons, s'il y a lieu, car souvent l'opéra-

tion est pratiquée parce que le cathétérisme est impossible et que la vessie est distendue. Lorsque le cathétérisme est possible, il y a tout avantage à faire une injection de 200 à 300 grammes d'eau boriquée bouillie à 40 0/00. Cette injection doit être faite pendant le sommeil anesthésique ; la quantité de liquide à introduire est variable ; la mesurer par grammes est une mauvaise pratique, car on ne sait jamais à l'avance quelle est la capacité de la vessie. Le véritable critérium de la distention maxima, celle qu'il ne faut pas dépasser, consiste dans le phénomène, si justement qualifié par M. le professeur Guyon, de « manomètre vésical ». Lorsque, en effet, la quantité de liquide est assez considérable pour provoquer la contraction du muscle vésical, cette contraction fait refluer le liquide dans la seringue. Si donc, en cessant de pousser, on voit le piston se mouvoir en sens inverse, on peut dire que la vessie est distendue au maximum. On arrête alors l'injection, et pour empêcher le réservoir de se vider, on entoure le pénis avec un lien en caoutchouc modérément serré, dont les deux chefs, suffisamment tendus, sont maintenus à l'aide d'une pince hémostatique.

Doit-on employer le ballon de Petersen? M. Poncet en rejette systématiquement l'emploi. Il lui reproche « d'être dangereux, d'amener des éraillures de la muqueuse du rectum et même de produire des déchirures complètes, ainsi que des Observations en ont été publiées. M. Poncet a eu lui-même l'occasion d'en observer un cas chez un malade opéré pour une tumeur de la vessie. En outre, chez les prostatiques atteints de

rétention et justiciables de la cystostomie, la vessie distendue est suffisamment en relief sous la paroi abdominale, pour qu'on n'ait point à utiliser un refoulement complémentaire (1).

« D'autre part, ajoute plus loin le Dr Bonan, la position déclive du malade... permet d'aborder aisément la paroi antérieure de la vessie et de ménager complètement l'enveloppe péritonéale. »

Nous rejetons, à l'exemple de M. Poncet, l'emploi du ballon de Petersen, comme dangereux et inutile. Quel est, en effet, le but de ce prétendu perfectionnement? Ce but est 1° de rendre plus accessible la paroi antérieure de la vessie, 2° et surtout, de protéger le péritoine en favorisant le plus possible son décollement de la paroi abdominale.

Tel est également le but qu'on se propose d'atteindre en mettant le malade dans la position inclinée, dite de Trendelenburg, sur le lit du même nom.

Nous pensons que ces manœuvres ne sont pas utiles ; car, d'une part, la paroi antérieure de la vessie distendue est toujours accessible, et d'autre part, le péritoine ne pourrait être blessé que par un chirurgien inattentif, qui n'aurait pas pour règle fondamentale de médecine opératoire, de toujours reconnaître ce qu'il va diviser.

L'accès facile de la paroi antérieure de la vessie n'est désirable qu'après la ponction et l'évacuation du réservoir et pour placer facilement les sutures. Le ballon de

(1) Bonan, Th. de Lyon, 1892, p. 52.

Petersen ne rend pas cet accès plus facile ; son emploi est dangereux, donc nous avons raison de rejeter cet emploi.

Quant à la protection du péritoine, nous avons déjà dit qu'elle résulte surtout de l'attention du chirurgien qui n'opère pas sans regarder. Le premier temps de la cystostomie n'est autre chose qu'une laparotomie ; est-ce que dans ce dernier cas, un chirurgien digne de ce nom ouvre la péritoine sans s'en apercevoir ? Evidemment non ; donc ce qu'on fait en pratiquant une laparotomie, peut être fait en pratiquant une cystostomie, c'est-à-dire qu'il est toujours possible de reconnaître le péritoine pour ne pas l'ouvrir, ce qui d'ailleurs n'aurait pas grand inconvénient, si l'opération est faite aseptiquement.

Donc, ni ballon de Petersen, ni position inclinée ; moyens excellents pour protéger le péritoine ; mais moyens dont on peut se passer, nous dirions volontiers dont on doit se passer. Faire bien avec peu et dans des circonstances défavorables, telle est souvent la nécessité dans une opération d'urgence, comme l'est quelquefois la cystostomie.

Lorsque le malade est anesthésié et le champ opératoire aseptisé, le chirurgien et ses aides procèdent à la toilette de leurs mains. Celles-ci doivent être lavées et brossées à l'eau chaude et au savon ; puis à l'alcool et enfin brossées, d'abord dans une solution saturée de permanganate de potasse, ensuite dans une solution saturée de bisulfite de soude. A partir de ce moment, l'opérateur et les aides ne doivent plus rien toucher qui ne soit aseptique.

En général, il suffit de deux aides, l'un donnant le chloroforme, l'autre aidant directement le chirurgien. Moins il y a d'aides, plus l'asepsie a chance d'être observée et maintenue dans toute sa rigueur. Le chirurgien aura à sa droite un plateau contenant les instruments et une cuvette de sublimé. Il se placera sur le côté, à droite ou à gauche du malade, peu importe ; il aura en face de lui, de l'autre côté, son aide direct, qui placera à sa droite une cuvette de sublimé, un plateau contenant les pinces hémostatiques et les fils, des cuvettes contenant des éponges aseptiques ou des tampons d'ouate bouillis, et des compresses bouillies. On peut avoir un aide spécial pour les compresses, les tampons et les fils ; mais cela n'est pas nécessaire ; il vaut mieux, nous le répétons, se passer de ce troisième aide.

L'opération proprement dite commence alors et voici comment la conduit M. le professeur Poncet, d'après son élève le Dr Bonan :

« L'opération comprend quatre temps successifs ; la plupart sont ceux de la taille hypogastrique :

« 1er Temps : *Incision cutanée.* — Elle se fait suivant la direction de la ligne blanche, commence au bord supérieur du pubis et mesure 6 à 8 centimètres dans le sens vertical. Il n'est pas toujours facile, en raison de l'épaississement considérable du tissu cellulo-adipeux sous-cutané au niveau du pubis, de reconnaître ce dernier avec le doigt. Nous avons noté, en effet, dans plusieurs de nos Observations, que c'était seulement

après l'incision de la peau et de la couche graisseuse sous-jacente, qu'il avait été possible de reconnaître nettement le pubis.

« Un aide, muni d'un petit crochet, érigne le fond de la cicatrice ombilicale et la tire vers le haut. La ligne blanche ombilico-pubienne devient ainsi, sinon apparente, du moins plus tendue, et l'instrument tranchant a moins de tendance à s'égarer à droite ou à gauche dans les aponévroses des droits. L'incision comprend la peau et la couche adipeuse sous-cutanée dont l'épaisseur est très variable suivant les sujets. »

« 2° Temps : *Incision de la ligne blanche.* — On pourra lui donner la même longueur qu'à l'incision cutanée. Mais dans le but de ménager plus sûrement le cul-de-sac péritonéal, il sera préférable de s'arrêter en haut, à quelques millimètres au-dessous de l'extrémité supérieure de l'incision superficielle. »

« 3° Temps : *Recherche de la paroi antérieure de la vessie. Refoulement du cul-de-sac péritonéal.* — La ligne blanche et le fascia transversalis sont incisés. Avec l'extrémité de chaque index faisant l'office de crochet, M. Poncet pénètre dans le tissu cellulaire prévésical, à travers la boutonnière, qui est plus ou moins résistante, suivant les sujets, et constituée par les bords internes des droits antérieurs.

« Si la vessie est profondément située, si la paroi antérieure ne paraît pas en contact immédiat avec la paroi abdominale, si surtout les muscles voisins forment une fente étroite à travers laquelle on a quelque

difficulté à manœuvrer, M. Poncet, avec un bistouri boutonné, incise chaque droit antérieur au ras du pubis, au niveau de son insertion.

« Ces incisions libératrices seront toutefois peu étendues, de crainte de compromettre dans la suite le bénéfice de l'espèce de sphincter qu'ils forment et qui doit enserrer le nouveau canal. Habituellement, du reste, un débridement de 3 ou 4 millimètres, sur chaque droit, suffit pour donner un jour considérable, permettant de manœuvrer à l'aise sur la face antérieure de la vessie.

« Celle-ci ayant été reconnue avec l'œil et le doigt, le chirurgien, plaçant l'index de la main gauche immédiatement au-dessus du pubis, remonte le long de la face antérieure de la vessie. Il entraîne ainsi par en haut, jusqu'aux limites de l'incision cutanée, une certaine quantité de tissu cellulaire plus ou moins chargé de graisse, et enfin le péritoine. L'index gauche restant en place, on procède au quatrième temps. »

« 4e Temps : *Ouverture de la vessie.* — Lorsque la paroi vésicale présente une certaine épaisseur, lorsque la vessie n'est pas trop distendue, on peut pratiquer d'abord la cystopexie. Cette opération offre l'avantage de mettre le tissu cellulaire prévésical et les bords profonds de la plaie à l'abri de tout contact avec l'urine.

« Mais le plus souvent, dans les rétentions complètes, la cystopexie présente des inconvénients en raison même de l'impossibilité de placer les fils sur une paroi amincie sans qu'ils pénètrent dans la vessie et sans

qu'ils livrent passage à l'urine. Ce liquide, de couleur et de caractère variables, vient alors couvrir et souiller le champ opératoire, rendant ainsi le passage des autres fils plus difficile.

« Le plus habituellement, M. Poncet ouvre la vessie et place ensuite les sutures. La paroi antérieure étant reconnue et l'index gauche ayant refoulé le cul-de-sac péritonéal, avec un bistouri à lame étroite, on ponctionne sur la ligne médiane (1).

« Faut-il inciser près du sommet ou le plus bas possible? M. Poncet, dans ses premières cystostomies, faisait l'incision près du sommet de façon à transformer la vessie en gourde à goulot supérieur.

« Mac Guire incisait en un point le plus rapproché possible du col et M. Poncet a adopté depuis cette manière de faire, qui présente un double avantage : « Elle est plus sûre au point de vue de l'intégrité du péritoine, puisque l'on s'en trouve plus éloigné ; elle réalise mieux, d'autre part, d'excellentes conditions pour obtenir un canal artificiel, allongé, oblique de haut en bas et d'avant en arrière, plus apte à s'opposer à l'écoulement involontaire de l'urine. »

« L'incision vésicale doit avoir de 10 à 12 millimètres pour permettre l'issue rapide de l'urine et l'introduction de l'index qui, non seulement explorera la prostate et la cavité, mais encore, en soulevant la paroi, servira de conducteur pour placer les fils.

« Il est très important, lorsque la vessie s'est vidée,

(1) Th. du Dr Bonan, Lyon, 1892, p. 50 à 55.

de laver immédiatement la plaie à grande eau, au moyen de 2 ou 3 litres de solution boriquée bouillie à 4 0/0, surtout, cela va sans dire, lorsque les urines sont ammoniacales ou purulentes.

« C'est à cette condition que l'on doit de ne jamais observer de phlegmon septique prévésical, les urines n'ayant été en contact avec la plaie que très peu de temps et l'infection n'ayant pu se produire grâce au lavage immédiat à grande eau, ce que M. Segond appelle « le procédé de la douche ».

« Après l'irrigation, on assèche la plaie par le tamponnement pendant quelques minutes et on procède, lorsque l'hémostase est complète, au cinquième temps. Si l'incision vésicale n'est pas assez grande, on l'augmente avec un bistouri boutonné. »

« 5e Temps : *Suture des bords de l'ouverture vésicale avec les bords de la plaie abdominale.* — Des sutures, habituellement au nombre de six, assurent la fixation de la vessie à la paroi abdominale. Les fils traverseront de part en part la paroi de la vessie à 4 ou 5 millimètres des bords de l'incision ; ils seront ensuite menés à travers l'aponévrose, le bord interne de chaque droit antérieur, le tissu cellulaire sous-cutané et la peau, pour sortir à 5 ou 6 millimètres des bords.

« Cette suture doit être ainsi pratiquée, suivant M. Poncet, lorsque l'ouverture a été faite près du sommet. C'est le moyen d'avoir une occlusion aussi rapide que possible des tissus divisés et d'obtenir plus tard un méat à fleur de peau qui nous paraît répondre au meilleur canal artificiel. Lorsque l'ouverture vésicale

est située près du col, lorsqu'il existe en outre une épaisse couche de graisse, il est préférable de ne comprendre que la peau dans les sutures... M. Poncet ne semble pas, du reste, attacher une grande importance à tel ou tel mode de suture. Le fait capital pour lui est la réunion immédiate des bords de la plaie abdominale avec ceux de la plaie vésicale, pour se mettre sûrement à l'abri de l'infiltration urineuse. »

Lorsque les fils principaux sont placés, on complète l'affrontement par des fils superficiels. Tel est, dans ses grandes lignes, le manuel opératoire suivi par M. Poncet, et qui n'est autre que celui de toute taille hypogastrique, complétée par la suture de la vessie à la paroi. Ce n'est donc pas dans l'opération elle-même que se trouve l'originalité, la nouveauté et l'utilité de la cystostomie. Nous reviendrons plus loin sur la partie réellement plus importante de la question, c'est-à-dire les indications de l'opération. Mais il est utile, croyons-nous, de revenir sur les différents temps du manuel opératoire pour signaler quelques détails qui ont une importance réelle pour la réussite de l'intervention.

Dans les deux premiers temps, il n'y a guère qu'une chose utile à faire : c'est de passer exactement dans l'intervalle des deux droits, c'est-à-dire exactement sur la ligne blanche. On obtient, de cette façon, après la suture de la vessie à la peau, une boutonnière dont les lèvres pourront se rapprocher facilement, lors de la contraction des muscles droits, qui joueront ainsi le rôle de sphincter du nouvel urèthre. L'existence de ce sphincter est désirable pour permettre au malade

de garder des urines pendant le plus long temps possible. Aussi, M. Poncet a-t-il insisté sur ce point. L'utilité de cette simple séparation des muscles l'un de l'autre, sans division du corps charnu, est évidente, mais l'incision de l'intervalle n'est pas nécessaire. M. Jaboulay, même, pensant obtenir un sphincter plus actif, a proposé de traverser, de parti-pris, le corps charnu de l'un des muscles droits et a décrit son procédé dans le *Mercredi-Médical*, n° 36, de 1892. Nous dirons donc qu'il est préférable d'inciser la ligne blanche, mais qu'il n'y a pas grand inconvénient à traverser le muscle lui-même.

La préservation du péritoine est plus importante ; non pas que sa blessure soit un accident grave, car avec l'asepsie, on ne craint plus d'ouvrir la séreuse ; mais il faut cependant tout faire pour éviter cette ouverture. La brèche, facilement reconnaissable d'ailleurs, peut être réparée par une suture immédiate très soignée ; cela est vrai, mais quelque bien faite que puisse être cette suture, quelque complet et exact que puisse être l'affrontement ultérieur de la plaie cutanée avec la plaie vésicale, une petite quantité d'urine peut s'infiltrer dans l'intervalle des points et infecter le péritoine, qui ne sera jamais si bien protégé que par son intégrité.

Dans les cas ordinaires et lorsque la vessie est distendue, le péritoine est décollé de la paroi abdominale et forme un cul-de-sac situé à une certaine distance au-dessus du pubis. M. le Professeur Tillaux a fixé ce point d'anatomie topographique normale d'une manière aussi claire que précise. Si l'on a soin de regarder ce

que l'on va couper et si l'on a eu la précaution (indispensable) de compter et reconnaître les différents plans que l'on a divisés, on saura toujours à quel moment on doit rencontrer le péritoine et on l'évitera ainsi à coup sûr. Mais dans la pratique on peut rencontrer quelques cas particuliers, dans lesquels la disposition normale du péritoine n'existe plus ; par exemple, lorsqu'il y a eu de la péricystite, ou bien lorsque le malade est porteur d'une hernie inguinale simple ou double. Dans l'un et l'autre cas, le péritoine se trouve fixé près du pubis, soit qu'il y ait des adhérences pathologiques inflammatoires, soit que le cul-de-sac ait été abaissé à la suite de l'issue des viscères par le trajet inguinal.

C'est, en effet, une notion très connue que l'abaissement du cul-de-sac chez les hernieux ; d'autre part, on a signalé, comme dans l'Observation , des adhérences anormales du péritoine à la paroi.

Nous pensons que toujours, il est possible, facile même, de ne pas léser la séreuse abdominale et cela par le petit moyen suivant : Lorsqu'on est arrivé sur le fascia sous-péritonéal, immédiatement en arrière des muscles droits, au lieu d'inciser verticalement, dans le sens de l'incision cutanée, on incise légèrement à ras du pubis et horizontalement, dirigeant le bistouri, non pas directement en arrière, mais un peu en bas, comme si on voulait raser la face postérieure de la symphyse. On ne peut, par cette manœuvre, pénétrer ailleurs que dans le tissu cellulaire prévésical, car jamais le péritoine ne s'interpose entre la face antérieure de la vessie et la symphyse pubienne. Lorsque le fascia sous-

péritonéal est divisé, le doigt gauche à son tour vient raser la face postérieure du pubis, continuant et complétant l'action du bistouri, s'enfonçant vers le col de la vessie au voisinage duquel doit porter l'ouverture de l'organe. L'index gauche ayant atteint la plus grande profondeur possible, est tourné en arrière, sa pulpe cherchant à s'appuyer sur la face antérieure de la vessie. Puis le doigt, recourbé en crochet, attire en haut le tissu cellulaire prévésical, en rasant l'organe et entraînant aussi le cul-de-sac péritonéal.

Pour plus de sécurité encore, on peut abandonner le bistouri aussitôt après l'incision du fascia sous-péritonéal et se servir des deux index pour ruginer la face antérieure de la vessie, en partant du point le plus inférieur possible et le plus rapproché possible de la face postérieure du ligament sous-pubien.

Les manœuvres sont parfois un peu gênées par la boutonnière des muscles droits ; le moyen de faciliter l'accès de la vessie doit consister, non pas dans la position inclinée, mais bien dans la position fléchie, de façon à relâcher les muscles, ce que l'on obtiendra en élevant fortement le siège seulement de l'opéré.

M. Poncet, lors de la communication du 4 février 1889 à la Société de Médecine de Lyon a, d'ailleurs, nettement montré que le péritoine était un épouvantail fort peu émouvant, car il disait : « Je laisse de côté la blessure du péritoine qui me paraît devoir être aisément évitée, en tenant compte des données anatomiques et en prenant certaines précautions opératoires, facilitées par la distension de la vessie.

La face antérieure de la vessie est découverte. Faut-il pratiquer la cystopexie avant d'inciser l'organe ? C'est une question qui ne présente pas grande importance ; la cystopexie n'est pas souvent possible à cause de la minceur des parois vésicales ; elle ne garantit pas beaucoup le tissu cellulaire contre l'infection, que l'on peut, d'ailleurs, prévenir par de grands lavages faits aussitôt après l'issue de l'urine. Dans l'espèce, la fixation de l'organe creux à la paroi abdominale, n'a pas le caractère de nécessité qu'elle présente dans l'entérostomie, à laquelle est comparable l'opération qui nous occupe. Dans l'anus contre-nature, il faut empêcher la chute des matières dans la cavité péritonéale, toute prête et tout ouverte pour les recevoir, les garder, les disséminer sans que nous puissions nous opposer à cette diffusion. Dans la création de l'urèthre contre-nature, l'urine peut souiller la plaie, mais elle ne va pas au-delà de l'espace qu'on lui offre ; grâce à un grand lavage immédiat, les microbes n'ont pas le temps de franchir la barrière conjonctive qui ne se laisse pas pénétrer sans résistance. Aussi, les inondations antiseptiques sont-elles un moyen très efficace, presque sûr de s'opposer à l'infection et dispensant de la suture préalable de l'organe à la paroi abdominale.

La ponction de réservoir doit se faire sur la ligne médiane et le plus bas possible ; dès que la vessie est ouverte on doit introduire le doigt dans la cavité. Cela est très simple et ne présente aucune difficulté. Nous pouvons cependant faire une petite remarque, c'est que souvent on aperçoit de chaque côté de la ligne

médiane deux grosses veines cheminant sur la face antérieure de la vessie, veines qu'on doit et peut facilement éviter. Leur blessure n'aurait, d'ailleurs, pas grande importance, mais donnerait lieu à une hémorrhagie qui obscurcirait le champ operatoire.

L'issue de l'urine doit être suivie d'un grand lavage antiseptique ; nous en avons déjà parlé et il nous semble inutile d'insister sur ce point. Mais le dernier temps nous arrêtera un instant. La suture des bords de la plaie vésicale aux bords de la plaie abdominale doit être faite ; mais comment, avec quels fils et quelles précautions ?

M. Poncet recommande de pratiquer la suture de dehors en dedans, parce que dans une plaie infandibuliforme comme est celle de la cystostomie, surtout si l'on a incisé la vessie très bas, près du col, on déchire facilement avec les fils les bords de l'organe, dont les parois sont souvent peu résistantes et altérées.

Pour placer les fils commodément, il faut se servir d'une aiguille très courte et résistante ; telle l'aiguille d'Emmet ou celle dont se sert M. Poncet. Elle sera enfoncée à 5 ou 6 millimètres du bord de la plaie cutanée, traversera le muscle droit et l'aponévrose pour perforer la paroi vésicale de part en part et sortir dans la cavité à 5 ou 6 millimètres des bords de l'orifice. On placera en général trois fils de chaque côté et la suture sera complétée par des fils superficiels intermédiaires.

Il y a peut-être avantage, dans cette opération, à ne pas employer des fils poreux, comme les fils de soie ou de fils de catgut, souvent trop vite résorbés. La

soie, qui est en général une substance excellente, solide, peut servir, dans le cas particulier, de conducteur à l'urine et provoquer de petits foyers d'infiltration.

M. Poncet et les chirurgiens lyonnais emploient le fil d'argent, facile à stériliser, ne s'imbibant pas des liquides de la plaie et généralement solide. L'argent présente encore cet avantage, que les fils de cette substance peuvent être aisément enfilés dans le chas de l'aiguille d'Emmet, tandis que la soie exige l'emploi de l'aiguille de Reverdin, dont la courbure n'est pas suffisante. Aussi, serions-nous très porté à préférer les fils d'argent aux autres fils.

L'affrontement doit, comme partout ailleurs, être aussi exact que possible. M. Poncet considère ce point comme très important, avec juste raison, car la réunion immédiate de la vessie à la peau, est le moyen le plus sûr de se mettre à l'abri de l'infiltration urineuse.

L'opération proprement dite est terminée ; cela demande au plus de 15 à 20 minutes. Que faut-il faire ensuite ? On serait tenté de placer les tubes de Périer, comme l'ont fait M. Gangolphe et M. le Professeur Tillaux. Mais ces tubes sont inutiles. « En effet, par suite de l'écoulement incessant de l'urine, la cavité de la vessie tend à devenir virtuelle. Dès lors, toute sonde introduite dans ce réservoir sera toujours, plus ou moins, en contact avec la muqueuse, qu'elle irritera, ce que démontrent les Observations de M. Poncet et surtout la belle Observation de M. Diday, comme nous le mon-

trerons plus loin ; en outre, cette sonde peut servir de voie à l'infection (1). »

Dans sa première communication, M. Poncet avait indiqué avec une rare précision les avantages de la cystostomie et avait insisté sur l'absence nécessaire de tout drain. « La cystostomie sus-pubienne assure l'écoulement constant, facile des urines, elle permet des lavages, des irrigations intra-vésicales et, fait que nous considérons dans l'espèce comme étant d'une importance capitale, elle ne laisse dans la vessie aucun corps étranger, elle supprime toute manœuvre, toute tentative chez un urinaire, dont les organes doivent être laissés dans le repos le plus complet. De tels malades, l'expérience clinique le prouve, sont de véritables *nolime tangere* (2).

Le pansement consiste en gaze iodoformée placée au niveau de la plaie et recouverte d'une épaisse couche d'ouate hydrophile ou d'ouate de bois au sublimé, que l'on changera toutes les deux ou trois heures. Il faut prendre soin de ne pas obstruer, si peu que ce soit, l'orifice vésical, afin de permettre l'issue facile et continue de l'urine. « Chez les cystostomisés, dit M. Poncet, le meilleur pansement est l'absence de pansement » ; de cette façon, on s'oppose à l'infiltration d'urine, déjà rendue très difficile par la suture de l'orifice vésical à la peau, et l'on sait que cette absence de pan-

(1) Bonan. Th. de Lyon, 1892, p.

(2) Poncet. Communication à la Société de médecine de Lyon, 4 février 1889 et *Lyon-medical*, n° du 10 février 1889.

sement a été la source des nombreux succès de la taille pratiquée autrefois par Frère Jacques. M. le Professeur Tillaux regarde aussi comme une des conditions du succès, l'absence de pansement. D'ailleurs, le malade est prévenu de l'occlusion de l'orifice par la réapparition des douleurs et des envies d'uriner.

Pendant les premiers jours au moins, il faut laisser le malade tranquille pour « laisser reposer la vessie et son propriétaire. » (Poncet.) La voie uréthrale sera également laissée dans le repos le plus complet. Toutefois, lorsqu'il y a eu des fausses routes, M. Poncet injecte dans l'urèthre, après lavage à l'eau boriquée, le contenu d'une petite seringue en verre remplie d'huile iodoformée.

Le traitement consécutif consiste surtout dans les soins de propreté. En général, pendant les trois premières semaines, l'incontinence est complète ; aussi faut-il, environ toutes les deux heures, changer le coton hydrophile ou le gâteau d'ouate de bois. Deux ou trois fois par jour, la plaie et les régions avoisinantes seront lavées avec de l'eau boriquée, surtout et plus souvent, s'il existe de l'érythème ou des accidents phlegmoneux, à la suite de l'écoulement d'une urine purulente. Les bords de la plaie seront enduits de vaseline ; si la muqueuse vésicale s'enflamme, s'il se forme des bouchons muqueux ou purulents, si le gonflement des bords de la plaie rétrécit la pente hypogastrique, il sera indiqué de pratiquer des lavages intra-vésicaux. Il faut s'abstenir le plus possible de ces manœuvres post-opératoires ; l'idéal est, en effet, de transformer la vessie

en une surface qui laisse passer l'urine, mais ne joue pas le rôle de réservoir ; aussi, est-il nécessaire de se rendre compte si toute l'urine s'écoule par la plaie hypogastrique et si une certaine quantité ne séjourne pas dans le bas-fond.

En faisant placer le malade à quatre pattes, on se rendra compte de ce dernier point. Introduire une sonde de Nélaton est une pratique qui nous paraît mauvaise, à plus forte raison rejetons-nous l'aspiration au moyen d'une seringue à hydrocèle. Dans la majorité des cas, ces manœuvres sont inutiles parce que la vessie, refoulée par les anses intestinales, se vide complètement ; dans le cas de stagnation, la position dite à quatre pattes, sur les genoux et les coudes, suffit pour évacuer ce qui peut rester d'urine. Le repos complet de l'organe, l'absence d'un contact quelconque sont les conditions d'indolence de la vessie et les meilleures pour la réparation de l'épithélium.

L'état général du malade, l'état de sa langue et des voies digestives, la courbe thermométrique et les caractères des urines renseigneront sur le dégré d'intoxication urineuse. Si l'on s'aperçoit que la température reste élevée ou s'élève au-dessus de la normale, que les urines deviennent ammoniacales et purulentes, on aura recours au traitement général de l'intoxication et aux lavages de la vessie, soit avec de l'eau boriquée bouillie, soit avec une solution de nitrate d'argent à 2 0/0. (Guyon.)

Les fils sont enlevés du 6e au 8e jour, moment où la réunion est suffisamment solide ; plus tôt, si les fils commencent à ulcérer les tissus.

Un point très important du traitement consécutif est de faire lever ou tout au moins asseoir les malades le plus tôt possible, c'est-à-dire dès que la réunion est solide, deux ou trois jours après l'ablation des fils. Faire asseoir les opérés dès le 8e jour est une excellente précaution. Il ne faut pas oublier, en effet, que la cystostomie est généralement pratiquée sur des individus âgés, prédisposés par conséquent à la congestion hypostatique, cause habituelle de la mort des vieillards, lorsque le décubitus dorsal est trop longtemps prolongé. — La position couchée est d'ailleurs peu favorable à la nutrition, car les malades prennent difficilement leurs aliments dans cette situation.

Est-ce là tout le traitement consécutif de la cystostomie? Oui, pendant les premiers jours et même les premières semaines, où l'incontinence est à peu près complète chez l'opéré qui ne souffre plus ; l'abstention de toute manœuvre est pour ainsi dire obligatoire pendant cette première période. Mais au bout d'un temps variant de quelques jours à cinq ou six semaines, l'urine commence à être retenue dans la majorité des cas. L'incontinence, d'ailleurs, est subordonnée à la tolérance de la vessie, à l'étroitesse du canal artificiel et au rétrécissement de l'orifice. Pour comprendre le mécanisme, soit de l'incontinence, soit de la rétention d'urine, chez le cystostomisé, il est nécessaire de se rendre compte des conditions anatomiques et physiologiques nouvelles que crée, à l'appareil urinaire, l'opération d'A. Poncet.

Au point de vue anatomique, voici ce que nous avons

pu constater sur la pièce provenant du malade opéré par M. le Professeur Tillaux, pièce dont la description suivante nous a été communiquée par notre ami Wassilieff, aide d'anatomie et ancien préparateur de médecine opératoire à la Faculté :

« Au moyen de l'ischio-pubiotomie bilatérale, nous enlevâmes la partie médiane antérieure de la ceinture pelvienne avec la verge, la vessie, le rectum et la peau avoisinant la bouche vésicale.

« La vessie, de forme cylindro-conique, à parois épaisses, était reliée à l'orifice cutané par un cordon de un centimètre de diamètre et long de deux centimètres et demi. Ce cordon s'étendait du centre de la paroi antérieure de la vessie à l'orifice situé exactement sur la ligne médiane, immédiatement au-dessus du pubis ; il était dirigé un peu obliquement de bas en haut et d'arrière en avant, présentait une forme aplatie transversalement et traversait l'interstice des muscles droits de l'abdomen.

« Le tissu cellulaire prévésical et celui qui entourait le canal étaient complètement sains et ne présentaient pas la moindre trace d'infiltration d'urine ou de foyer septique quelconque, pas même d'hémorrhagie. Mais on pouvait constater un caractère singulier qui est le suivant : Le canal étendu de la vessie à la peau présentait une paroi mince, exclusivement formée par la muqueuse vésicale et une tunique externe de tissu conjonctif, sans que la musculeuse de l'organe en fasse partie. Il semblait que la muqueuse eût été attirée par une boutonnière faite à la tunique musculeuse, et cepen-

dant les fils avaient traversé toute l'épaisseur de la paroi. Ces fils avaient donc coupé la musculeuse au bout de quelques jours, évidemment après la réunion de la plaie vésicale à la plaie cutanée ; il est impossible de s'expliquer autrement l'absence de tissu musculaire (au moins à l'œil nu) dans la paroi du nouvel urèthre.

« Une sonde en caoutchouc rouge n° 18, pénétrait à frottement par l'orifice cutané qui se présentait sous la forme d'une pente verticale. Les anses de fil étaient lâches, n'étreignaient plus les tissus.

« La vessie étant ouverte par sa paroi postérieure, nous trouvâmes dans sa cavité environ 20 grammes d'urine purulente et nous apercûmes sur la paroi antérieure deux orifices et une saillie. Celle-ci, due à l'hypertrophie prostatique, avait la forme d'un col utérin à lèvre postérieure hypertrophiée, sans tumeur indépendante. Au centre de la saillie se voyait le premier orifice ou col vésical ; au-dessus de celui-ci existait un second orifice en forme de pente verticale, situé au fond d'une dépression allongée. La sonde en caoutchouc n° 18, introduite de la vessie vers la peau, par cette pente ou orifice vésical du nouvel urèthre, pénétrait à frottement.

« L'urèthre ancien ne fut pas examiné. Les autres lésions, causes de la mort du malade, consistaient en pyélo-néphrite suppurée et congestion pulmonaire. »

Ces intéressantes constatations anatomiques nous montrent, tout d'abord, que la cystostomie n'expose pas à l'infiltration d'urine ; elles montrent également

que la réunion de la plaie vésicale à la plaie cutanée se fait très rapidement et, point très important, qu'au moins dans le cas de notre Observation personnelle, la paroi antérieure de la vessie n'était rattachée à la paroi abdominale que par un canal de un centimètre de diamètre, c'est-à-dire seulement par le contour de l'incision vésicale et non par une portion de sa paroi antérieure.

Nous voyons aussi, au moins dans ce cas, que la tunique musculaire du réservoir n'a pas pris part à la constitution de la paroi du nouvel uréthre, qui paraît avoir été exclusivement formé par la muqueuse vésicale, étranglée en deux points. Ce nouveau canal, en effet, semble présenter un sphincter vésical, résultant de la boutonnière faite à la musculeuse et un sphincter superficiel formé par les muscles droits de l'abdomen.

Nous ignorons complètement, si cette disposition anatomique a été constatée dans d'autres cas, et par suite, si elle est fréquente ou bien exceptionnelle ; toujours est-il qu'elle existait chez le malade qui fait l'objet de notre Observation personnelle. Que résulte-t-il de cette disposition anatomique ?

Il en résulte que le nouvel uréthre possédait, comme l'ancien, un sphincter lisse, formé par les fibres musculaires vésicales entourant l'orifice viscéral et un sphincter strié, formé par les muscles droits avec une partie intermédiaire ou nouveau canal. En sorte que, dans le cas particulier, la cystostomie aurait réalisé la création d'un véritable uréthre, réduit à sa partie profonde, mais dépourvu de prostate. Si donc, le malade avait survécu, peut-être aurait-il pu garder ses urines

pendant longtemps, sentir le besoin d'uriner et se retenir, grâce à l'existence des deux sphincters. Les choses sont sans doute disposées d'une façon analogue dans le cas de M. Diday et dans ceux où les opérés gardent leurs urines pendant quarante minutes, une heure et plus ; on s'expliquerait ainsi la ressemblance étrange des fonctions de l'urèthre contre-nature avec celles de son prédécesseur.

Il serait facile de s'assurer de cette disposition sur le vivant, en explorant le nouveau canal avec une bougie à boule ; on pourrait constater alors s'il existe ou non deux points d'arrêt correspondants aux deux sphincters supposés.

Lorsqu'au contraire, la vessie se trouve fixée à la paroi abdominale, par toute l'épaisseur de sa paroi propre, il n'y a pour ainsi dire plus de canal ; le réservoir s'ouvre directement à la peau et l'incontinence doit être continue.

Quoi qu'il en soit, le nouvel urèthre tend très rapidement à se rétrécir et finalement à se fermer.

« Cette occlusion cicatricielle, dit M. Poncet, est d'autant plus à redouter après un temps très variable, que l'urèthre normal reprend plus ou moins rapidement une partie de sa fonction ; mais rien n'est plus facile que de maintenir dans un calibre suffisant le canal hypogastrique, ce qu'on obtient par une dilatation pratiquée méthodiquement deux ou trois fois par jour avec une bougie n° 18 ou 20 (1). »

(1) Poncet, *loc. cit.*

Il est plus commode de se servir d'un instrument plus rigide, donc plus maniable, tel qu'une sonde de femme ou un cathéter quelconque métallique à extrémité mousse. Faute de pratiquer cette dilatation régulière, les opérés voient leur orifice se rétrécir de plus en plus et se réduire à une simple fistule hypogastrique. Dans un cas, cependant, malgré la dilatation fréquemment répétée, « le canal était devenu tellement étroit, que M. Poncet dut l'agrandir avec un bistouri boutonné (1) ».

Ayant eu l'honneur de voir M. Poncet lui-même, à Paris, lors du dernier Congrès de Chirurgie, nous lui avons demandé à quelles dispositions anatomiques il attribuait la rétention volontaire, quelquefois si prolongée, et voici ce qu'il a bien voulu nous répondre :

« Au point de vue des fonctions du nouvel urèthre, je divise mes opérés en quatre catégories. Dans la première, je range les cystostomisés qui ne peuvent retenir qu'une très petite quantité d'urine ; ces malades ont, certes, une infirmité gênante, qu'on ne peut pas toujours pallier complètement au moyen des appareils. Mais l'objection qu'on pourrait tirer de cette incontinence contre l'opération, ne me paraît pas sérieuse, car il vaut mieux vivre avec une infirmité que mourir sans infirmité, ce qui arrive presque toujours pour certains malades opérés pour ainsi dire d'urgence, souvent en plein empoisonnement urineux et que la cystostomie sauve dans un grand nombre de cas. Tel est, par exem-

(1) Cité dans Th. de Bonan, Lyon, 1892, p. 69.

ple, le cas d'un magistrat de Lyon que j'opérai dans ces conditions, sur la demande de M. Rollet.

« Chez les cystostomisés incontinents, il me semble que l'écoulement presque continu de l'urine tient à ce qu'il ne s'est pas formé de canal, mais que l'opération a seulement créé un méat artificiel.

« Dans la deuxième catégorie, je place les cystostomisés qui ne peuvent retenir leurs urines sans le secours d'un obturateur et chez qui les efforts et les mouvements un peu prononcés font jaillir l'urine par petits flots.

« Ici, je crois, la cause de cette incontinence relative réside dans la brièveté du canal nouveau et dans sa direction horizontale ou très peu oblique de bas en haut et d'arrière en avant.

« Dans ces deux cas, d'ailleurs, une part revient dans l'incontinence, à l'état de la ligne blanche, qui est plus ou moins large, suivant les individus d'où résulte un rapprochement plus ou moins parfait des bords internes des muscles droits.

« Dans la troisième catégorie, rentre le cas de M. Diday, c'est-à-dire que les cystostomisés de cette espèce arrivent, au bout d'un temps variant de quelques jours à deux ou trois mois, à retenir une grande quantité d'urine : 150, 200 ou même 250 grammes, et à n'uriner que toutes les quatre heures, toues les cinq et même six heures. A cette catégorie appartient le magistrat de Lyon, opéré en mai 1892. Chez ces malades, l'accumulation de l'urine provoque la sensation de besoin d'uriner et le résultat obtenu est aussi parfait qu'on peut le souhaiter.

« Je ne sais pas exactement pourquoi se produisent ces phénomènes ; je crois que la rétention prolongée est due à ce qu'il s'est formé entre la vessie et la paroi abdominale, un canal long de trois centimètres au moins, très oblique en haut et en avant et sans doute coudé en deux points, l'un tout près de la vessie, l'autre immédiatement au-dessus du pubis. Il est probable que cela tient au siège de l'incision vésicale et au retrait progressif de la vessie, retrait qui a pour résultat d'étirer petit à petit le nouveau canal et à le couder, l'orifice vésical tendant à reprendre sa place normale dans le bassin. Aussi, ai-je adopté comme siège de la ponction, la partie de la paroi la plus rapprochée du col normal, espérant obtenir ainsi un résultat de la troisième catégorie, c'est-à-dire non plus un méat artificiel plus ou moins large, mais un véritable urèthre contre-nature.

« Enfin, dans la quatrième catégorie, je range les rares opérés chez qui la miction se rétablit par la voie normale et dont l'orifice hypogastrique finit par se fermer. Je dois dire que la plupart des malades de cette catégorie, éprouvés par leur état antérieur à l'opération, redoutent la fermeture de leur soupape de sûreté et demandent instamment le maintien de leur orifice hypogastrique.

« Je n'ai pas d'autopsie me permettant de dire exactement la nouvelle disposition anatomique, et je ne sais pas comment et par quoi est constitué le nouveau canal. Je suppose qu'il est formé dans sa partie profonde par la muqueuse vésicale et dans sa partie

CYSTOSTOMIE

Pièce du service de M. le Professeur TILLAUX
(*D'après nature.*)

superficielle par un tissu cicatriciel ; à ce point de vue, la description de la pièce du malade opéré par M. Tillaux est extrêmement intéressante, et je me propose d'explorer avec une bougie à boule le premier cystostomisé que je reverrai (1). »

La technique opératoire de M. Poncet, telle que nous venons de l'exposer, a subi une modification de la part de M Jaboulay, dans le but d'obtenir un résultat définitif plus constant, et spécialement de créer un véritable sphincter terminal. Cette modification n'a guère été acceptée, et nous pensons qu'il n'y a pas lieu de l'employer, parce qu'elle n'atteint pas le but qu'on se propose. On sait quel rôle efficace jouent les droits antérieurs, qui tiennent sous leur dépendance le nouvel urèthre. Leur action est celle que cherchait à obtenir le professeur Oscar Witzel. lorsqu'il conseillait, dans la gastrostomie, de traverser le droit antérieur gauche, pour avoir une boutonnière musculaire, sorte de sphincter s'opposant au reflux des liquides contenus dans l'estomac. C'est dans le même but qu'il propose l'établissement d'un anus contre-nature, à travers les fibres de l'un des droits.

M. Jaboulay, guidé par la même idée, a proposé (2) de pratiquer la cystostomie à travers l'un des grands droits. Mais il nous semble, comme à M. le Dr Bonan (3), que ce résultat est « admirablement obtenu par la situation d'une ouverture et d'un canal, placés, non pas

(1) Poncet. Communication orale du 7 avril 1893.

(2) Mercredi Médical, n° 36.

(3) S. Bonan, *loc. cit.*, p. 89.

entre les fibres d'un des droits, mais bien entre ces deux muscles. Leurs bords, comme l'avait bien remarqué Mac Guire, qui serait partisan de la création d'un anus contre-nature entre eux, sur la ligne médiane, et non plus dans les régions iliaques, forment, en effet, de par leur longueur, une sangle contractile. Ils constituent un sphincter autrement puissant que les fibres musculaires, plus ou moins transformées en tissu cicatriciel, au pourtour du canal, et dont l'action correspond à un département limité. » D'ailleurs, M. Jaboulay a renoncé lui-même, depuis, à ce procédé parfaitement inutile, de même qu'on doit renoncer, avec M. le Professeur Guyon, à l'incision transversale. Voici, en effet, ce que l'on peut lire dans les *Annales des Maladies des organes génito-urinaires* : « M. Guyon a renoncé à l'incision transversale.... parce que l'incision longitudinale suffit amplement, lorsqu'on la combine à la position inclinée sur le lit de Trendelenburg (1). »

Nous avons maintes fois répété sur le cadavre, le manuel opératoire de la cystostomie, en nous plaçant dans les conditions les plus défavorables : position horizontale du sujet, vacuité de la vessie, pas de ballon de Petersen, pas d'aides, pas de cathéter révélateur de l'organe. Quelques sujets avaient une couche celluloadipeuse sous-cutanée, épaisse de 2 et 3 centimètres. Malgré ces conditions, nous avons toujours facilement, rapidement et à coup sûr, découvert et incisé la vessie, le plus bas possible, sans danger pour le péritoine qu'on ne voit même pas.

(1) E. Vigneron, Ann. des Mal. des org. génito-urin., Août 1891, p. 583, note.

CHAPITRE II

1° Indications de la Cystostomie.

L'opération de Poncet a été pratiquée pour des accidents divers chez les prostatiques, accidents qu'on peut, d'après l'ensemble des opérations, classer en quatre catégories.

Dans la première catégorie, rentrent les cas, d'ailleurs très rares, où le cathétérisme est impossible pour le chirurgien, ou, tout au moins, présente de grandes difficultés. Certes, on doit admettre, avec M. le Professeur Guyon, comme le faisait remarquer M. Poncet, lors du Congrès français de Chirurgie de 1892, qu'une prostate ne constitue guère un obstacle sérieux à l'introduction d'une sonde ; mais il ne faut pas oublier que les malades sont souvent vus par des médecins dont l'habileté opératoire, au point de vue spécial du cathétérisme, n'égale pas celle de M. Guyon. Donc, en réalité, cette impossibilité se présente plus souvent qu'on n'est porté à le soupçonner, et il est utile de rappeler qu'il existe un moyen simple, une ressource

suprême, mais inoffensive, dans les cas de ce genre ; cette ressource est la cystostomie. La vessie a besoin d'être vidée, et le plus vite possible ; l'indication est urgente ; recourir à la ponction aspiratrice est l'idée qui se présente immédiatement à l'esprit. Evidemment, on arrive ainsi à évacuer le réservoir ; mais cette manœuvre sera-t-elle utile, pourra-t-on compter sur le rétablissement normal de la miction par diminution des accidents congestifs, atténuation ou disparition de l'obstacle ? La ponction aspiratrice sera-t-elle unique ou répétée, et n'expose-t-elle pas à des accidents, malgré l'asepsie des aiguilles ? Il est assez rare de voir la rétention céder à la première ponction, et le cathétérisme devenir facile. Le plus souvent, la ponction devra être répétée ; le cathétérisme, ou bien restera impossible, ou bien, tout en étant possible, restera quand même difficile. Dans le premier cas, il n'y a que deux partis à prendre : ou continuer l'usage des ponctions, ou pratiquer la cystostomie. C'est cette dernière opération qu'il faut choisir, croyons-nous.

Les ponctions ont certainement donné d'excellents résultats, mais elles ne sont pas toujours inoffensives.

Outre que la manœuvre est aveugle, et devrait, comme telle, être bannie de la chirurgie, elle expose à un accident que tous les auteurs ont signalé, et sur lequel M. Poncet a attiré l'attention, après l'avoir observé plusieurs fois : nous voulons parler de l'existence d'un empâtement, d'une tuméfaction inflammatoire sus-pubienne, dénotant une infection locale, un phlegmon urinaire.

Cet accident fournit une indication capitale, car, par la cystostomie, on atteint deux buts à la fois : on combat les phénomènes inflammatoires, en ouvrant largement le foyer infectieux, dans les premiers temps de l'opération, et on se met à l'abri de nouvelles complications, par l'ouverture de la vessie.

Dans la seconde catégorie, nous rangeons les cas où le cathétérisme, quoique possible, est néanmoins difficile, laborieux, et exige une main expérimentée. C'est surtout pour la clientèle hospitalière qu'on doit, dans ces cas, recourir à la cystostomie, car le cathétérisme ne peut alors être pratiqué par la même main, ce qui expose le malade aux accidents inhérents aux manœuvres plus ou moins bien conduites. On objectera, sans doute, que l'emploi de la sonde à demeure doit parer aux inconvénients qu'entraîne le changement de chirurgien, et, en outre, permet au malade de pisser sans le secours de l'art. Pour nous, le cathétérisme permanent est mauvaise chose, car la sonde à demeure mal supportée par les prostatiques, surtout lorsque leur vessie est enflammée, est une cause permanente d'irritation, ainsi qu'un danger de par l'infection que la sonde favorise. Car nous savons aujourd'hui que la sonde à demeure n'agit pas seulement comme corps étranger, mais encore et surtout comme cause d'infection ; la stérilisation du cathéter est difficile à obtenir et serait-elle, que le malade se chargerait rapidement d'ensemencer son instrument, soit en y touchant, soit en le laissant en contact avec sa chemise ou ses draps.

Le danger est d'autant plus redoutable que l'usage

de cathétérisme permanent est précisément indiqué chez les malades déjà infectés, à état général grave, et que la moindre infection surajoutée tue à peu près fatalement.

La tolérance des malades pour la sonde à demeure est très variable ; les uns ont une intolérance complète, les autres supportent bien la sonde ; mais chez tous, c'est une porte ouverte aux infections, nous ne saurions trop le répéter. Sans vouloir établir, par une statistique, la plus ou moins grande tolérance du cathétérisme permanent ou le chiffre de la mortalité qui lui incombe, nous pensons que cette pratique est dangereuse, nécessaire seulement lorsqu'on n'a pas d'autres moyens d'assurer la miction dans les cas où « le malade doit pisser par n'importe quel moyen ou mourir ».

Le choix entre la cystostomie et l'emploi de la sonde à demeure ne nous paraît pas douteux dans les cas de la troisième catégorie, c'est-à-dire lorsqu'il existe des fausses routes et lorsque le cathétérisme difficile, laborieux, provoque chaque fois des uréthrorrhagies. C'est, à notre avis, la cystostomie qu'il faut pratiquer. Le cathétérisme répété, outre ses difficultés, expose à des pertes de sang, à l'agrandissement de la fausse route, aux infections ; la sonde à demeure, malgré toutes les précautions prises, est également une source d'infection, car, si l'on peut avoir un instrument aseptique au moment de l'introduction non moins aseptique, on ne peut maintenir cette asepsie pendant toute la durée du séjour d'une part, et l'on ne peut, d'autre part, empêcher l'urine de suinter entre le canal et la sonde. Tout

contact permanent, avec une surface enflammée, d'un instrument même propre, amène tôt ou tard des accidents septiques, sur le danger desquels il n'est nul besoin d'insister dans l'espèce.

La cystostomie, au contraire, dans les cas de ce genre, laisse le canal au repos complet et permet de désinfecter le foyer septique initial, c'est-à-dire la vessie, ainsi que le foyer secondaire constitué par la fausse route uréthrale.

Dans la même catégorie, nous rangeons les cas où le cathétérisme, quoique possible sans traumatisme uréthral, reste néanmoins toujours difficile et fait qu'on se demande chaque fois : passerai-je ou ne passerai-je pas ? Nous y plaçons également les cas où le passage de la sonde est très douloureux, et ceux dans lesquels la vessie demande à être vidée très souvent : 8, 10 fois et plus par jour. Dans ces derniers cas, il existe des phénomènes inflammatoires, de la cystite, dont le résultat le plus redoutable est l'altération de l'urine. Dans ces circonstances, lorsque les envies fréquentes d'uriner, les douleurs, l'altération de l'urine ont résisté aux moyens ordinaires, la cystostomie est la ressource suprême et efficace. Elle seule condamne la vessie et l'urèthre au repos, et fait cesser les souffrances du malade ; elle seule ouvre une porte d'action facile pour laver, irriguer, modifier la muqueuse vésicale et rendre à l'urine ses caractères normaux.

Enfin, la quatrième catégorie comprend les cas d'empoisonnement urinaire. Ici, la cystostomie peut encore être très utile, surtout lorsque les accidents sont dus à

l'altération de la muqueuse vésicale, et non à des lésions graves étendues aux uretères et aux reins. Lorsque ces deux organes sont très peu ou pas altérés, la cystostomie permet d'atteindre deux buts. « L'émail vésical », comme dit M. le Professeur Poncet, est-il altéré ou a-t-il disparu en certains points, des voies d'absorption sont dès lors ouvertes aux produits septiques et à certains produits de désassimilation. Le meilleur moyen de se mettre à l'abri de cette absorption consiste à empêcher l'urine de séjourner dans le réservoir, à transformer celui-ci en une simple surface intermédiaire aux uretères et à l'urèthre. La cystostomie réalise admirablement cette suppression du réservoir, en laissant l'urine s'écouler constamment au dehors, à mesure qu'elle est sécrétée, au moins dans les premiers temps; elle permet également, nous l'avons déjà dit, les lavages modificateurs de la muqueuse et de l'urine elle-même. Nous concluons de ce qui précède, que la cystostomie est indiquée, lorsque la muqueuse vésicale est seule malade.

Si aux lésions du réservoir viennent s'ajouter des lésions des reins ou de l'uretère, faut-il pratiquer la cystostomie malgré son inefficacité très probable ? La réponse ne nous paraît pas douteuse ; il est nécessaire d'assurer l'écoulement de l'urine, par le moindre traumatisme possible. Il y a urgence dans ces cas ; la cystostomie est la seule intervention raisonnable, car le trauma est unique, moins grave qu'un cathétérisme difficile ou répété, et plus aseptique, tout au moins plaçant les organes dans les meilleures conditions de

propreté. Ce sont des cas désespérés, dont l'insuccès final ne saurait aucunement diminuer la valeur de l'opération.

Telles sont, d'après nous, les indications de la cystostomie chez les prostatiques atteints de rétention d'urine ; ces indications ont été très bien posées et exposées par M. le Professeur Poncet, dès sa première communication à la Société Médicale de Lyon. Mais il est des complications, plus ou moins rares, qui surviennent chez les prostatiques, en dehors des accidents de rétention, et qui sont justiciables de la cystostomie. Ces accidents du prostatisme, pour ne citer que les plus importants, sont l'hématurie et l'existence de calculs. Le pissement de sang n'est pas fréquent ; lorsqu'il existe, en dehors de tout néoplasme, il est lié soit à une ulcération de la muqueuse, soit à la rupture d'une veine variqueuse. Deux fois, M. le Professeur Poncet est intervenu pour des hématuries abondantes et répétées. A l'ouverture de la vessie, on vit directement l'endroit d'où venait le sang « suintant comme d'une hémorrhoïde anale », on put reconnaître le point de départ de l'hémorrhagie et agir directement, donc efficacement (1). »

Les calculs ne sont pas très rares chez les prostatiques, et leur présence peut passer inaperçue ; Mac Guire (2), M. Poncet et E. Bœckel, de Strasbourg, ont

(1) Poncet, Mercredi Médical du 1 novembre 1891, et observat. XXXIV.

(2) Sur 21 cas de taille hypogastrique, Médical-News, 17 mai 1890,

particulièrement insisté sur ce point. Dans ces cas, les moyens ordinaires d'exploration ne révélaient pas la véritable cause d'accidents divers dont l'interprétation était douteuse, jusqu'à ce que tout devint clair, après la cystostomie, montrant l'épine qu'en vain on avait cherchée. Tel est, par exemple, le cas du malade, ancien magistrat, dont M. Poncet a bien voulu nous communiquer l'Observation (1).

Pour nous résumer, nous dirons donc que la cystostomie est indiquée dans les cas suivants :

1° Lorsque le cathétérisme est impossible ou seulement très difficile pour le chirurgien, et nécessite, spécialement dans la pratique hospitalière, soit l'intervention de mains différentes plus ou moins expérimentées, soit l'emploi répété des ponctions, soit la sonde à demeure.

2° Lorsque le cathétérisme répété est difficile à cause de l'existence de fausses routes et nécessite les ponctions ou la sonde à demeure.

3° Lorsque l'état de la vessie exige un cathétérisme trop souvent répété et douloureux.

4° Dans les cas d'empoisonnement urinaire, surtout lorsque la vessie est seule en cause.

5° Lorsqu'il existe une complication, telle que phlegmon prévésical consécutif aux ponctions ou hématuries abondantes et répétées, sans cause et sans lésions nettement appréciables.

Telles sont à peu près les conclusions du travail lu

(1) Voir notre Observation XXXII (personnelle) p.

par M. Poncet, au Congrès pour l'avancement des Sciences, tenu à Paris, du 4 au 7 avril 1893. Ces conclusions ont été adoptées par M. Desnos, dont la compétence spéciale est indiscutable et incontestée. Ce chirurgien rapporte un cas de cystostomie qu'il avait pratiquée dans un cas de rétention d'urine ; le malade succomba parce que le réservoir fut infecté au bout de quelques semaines.

Mais ce ne ne sont pas là toutes les indications de la cystostomie. Nous pensons que l'opération est indiquée encore lorsque le cathétérisme, sans être douloureux, doit se répéter trop souvent pour que l'asepsie puisse être observée. Si nous ne nous trompons pas, tel serait l'avis de M. Poncet. Chaque fois qu'un prostatique atteint de rétention, ne recouvre pas la faculté d'uriner dans le secours de la sonde, et qu'il est obligé de répéter le cathétérisme un assez grand nombre de fois, il y a certainement avantage à pratiquer la cystotomie, grâce à laquelle l'évacuation du réservoir est toujours possible et même facile. Si par une technique spéciale, on arrivait à créer un urèthre contre-nature, semblable à celui de M. Diday, il n'y aurait plus d'hésitation possible : la cystostomie deviendrait le traitement véritablement radical du prostatisme. Jusqu'ici, il ne paraît pas en être ainsi, et nous ne savons pas si l'idéal est réalisable ; toujours est-il que nous proposerions volontiers l'opération à tout prostatique se trouvant dans la nécessité de recourir à la sonde un grand nombre de fois dans les 24 heures, surtout s'il apparaissait un signe d'inflammation de la vessie.

Les lésions inflammatoires de la muqueuse four-

nissent, en effet, une indication pour la cystostomie ; indication à laquelle les chirurgiens ont, depuis assez longtemps satisfait, car on a pratiqué maintes fois la taille hypogastrique chez des malades atteints de violentes douleurs vésicales, même en dehors de tout autre phénomène inflammatoire. On sait également que la taille hypogastrique avec fistule entretenue a été conseillée chez les vésicaux tuberculeux, et dans quelques cas de cystalgie rebelle.

La taille hypogastrique avec fistule permanente, c'est-à-dire la cystostomie, est d'ailleurs supérieure aux diverses opérations que l'on a proposées pour améliorer l'état des prostatiques, opérations qu'il est nécessaire maintenant de comparer à celle de Poncet, pour mieux saisir encore les indications respectives de ces interventions. Quoi qu'il en soit, il ne faut pas se dissimuler que le traitement curatif du prostatisme ne saurait exister ; car, comme nous allons le voir dans le paragraphe suivant, les divers accidents que l'on observe chez les individus âgés, à prostate hypetrrophiée, ne sont pas uniquement liés, loin de là, à l'obstacle mécanique. En sorte que l'on doit considérer, avec E. Vignard, comme seulement palliatives, toutes les opérations dirigées contre l'hypertrophie de la prostate et les inconvénients que celle-ci entraîne (1), quoique l'auteur, dans sa Thèse, ait paru revenir à l'idée d'une opération radicale (2).

(1) E. Vignard. Des opérations palliatives chez les prostatiques. (Annales des Mal. des organes génito-urin., nov. 90.

(2) Thèse de Paris, 1890.

D'après ce que nous venons de dire, il est difficile de formuler des contre-indications ; en réalité, il n'y en a qu'une commune, d'ailleurs à toutes les opérations : il ne faut pas, évidemment, intervenir sur un malade dans l'agonie.

Les lésions étendues à tout l'appareil urinaire, malgré l'insuccès final inévitable, ne constituent pas une contre-indication ; car l'opération, si elle ne sauve pas la vie du malade, soulage du moins ses derniers moments.

2° De l'intervention de choix chez les prostatiques.

Les tentatives opératoires faites en vue de remédier d'une façon définitive aux accidents déterminés par l'hypertrophie de la prostate, ont eu pour but, les unes, de diminuer le volume total de la glande, de la ramener à des dimensions permettant le libre passage de l'urine, les autres, de supprimer l'obstacle existant au niveau du col. A la première méthode, appartiennent l'électrolyse et l'ignipuncture par la voie rectale ; les injections parenchymateuses diverses, iodées, phéniquées d'éther iodoformé ; de la seconde relèvent la prostatotomie et la prostatectomie.

Dans tous les cas, qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre

de ces méthodes, on s'attaque exclusivement à l'organe dont l'hypertrophie semble avoir pour conséquences les accidents les plus divers que l'on observe chez les porteurs de cette affection. Sans parler ici des procédés destinés à diminuer le volume total de la glande, nous insistons surtout sur la comparaison entre la prostatotomie, la prostatectomie d'une part, et la cystostomie d'autre part.

Mais avant de discuter la valeur et les indications spéciales de ces interventions, il est indispensable de se rendre compte de l'état exact des lésions ; de chercher quelle part revient, dans la production des accidents, à l'hypertrophie prostatique, quel rôle joue l'inertie de la vessie.

Le symptôme qui domine l'histoire de l'affection, dont l'essence est restée jusqu'ici inconnue, est la rétention d'urine ; c'est contre elle que sont dirigés tous les traitements, d'ailleurs variables, suivant l'idée qu'on s'était faite de la cause de cette rétention. Cette cause était, pour les chirurgiens, jusqu'au commencement de ce siècle, la paralysie de la vessie ; de prostate il n'était pas question. Aussi, tous les efforts, tous les remèdes nombreux avaient-ils pour but de réveiller la contractilité éteinte de l'organe. (Chopart, Desault, Boyer.)

Lorsque Everard Home eut attiré l'attention sur « l'engorgement de la prostate, et particulièrement de son lobe moyen », les efforts tournèrent vers un autre but. La rétention d'urine étant dès lors considérée comme liée à un obstacle mécanique, l'hypertrophie du lobe moyen ou la présence d'une valvule transver-

sale au niveau du col, on crut remédier à la rétention et la guérir radicalement en supprimant cet obstacle. Mercier devint bientôt le promoteur convaincu de la prostatotomie, qui eut une vogue considérable ; à la mort de Mercier, elle disparut en France, mais trouva, quelques années plus tard, des partisans à l'étranger, seulement la voie uréthrale fut remplacée par la voie hypogastrique ou périnéale.

En France, des études furent entreprises pour élucider la pathogénie de l'hypertrophie prostatique et des accidents qui l'accompagnent à une période plus ou moins tardive de son évolution. On avait remarqué que les symptômes n'étaient pas liés invariablement au degré ni à la forme de l'hypertrophie, on avait reconnu que l'obstacle mécanique ne pouvait expliquer les lésions si souvent généralisées à tout l'appareil urinaire, et l'on demanda à l'histologie la solution du problème.

Aujourd'hui, grâce à M. le Professeur Guyon et aux recherches persévérantes, prolongées, tant cliniques qu'anatomo-pathologiques, suscitées par lui et effectuées par son école de Necker, nous possédons l'explication de l'hypertrophie prostatique et la pathogénie des accidents qu'elle provoque.

On est revenu à l'opinion des anciens ; on attribue la rétention à l'affaiblissement ou la disparition de la contractilité vésicale dont la cause intime a été découverte par M. le Professeur Guyon, et étudiée par son élève, M. Launois (1). Ils rapportent les accidents du prosta-

(1) E. Launois, Th. de Paris.

tisme à une artério-sclérose générale, bien plus qu'à la lutte impuissante et prolongée contre l'obstacle mécanique :

« La sclérose est généralisée à la prostate, à la vessie, aux reins. L'épaississement de la paroi vésicale tient en partie à l'augmentation en certains points des fibres musculaires, mais plus encore à l'épaississement de la couche conjonctive sous-muqueuse ou intermusculaire. Aussi la contractilité de cette paroi n'est-elle aucunement en rapport avec son épaisseur.

Si quelques-unes des fibres musculaires ont réagi comme elles ont coutume de le faire lorsqu'elles sont soumises à une suractivité fonctionnelle, on voit que la plupart d'entre elles ont, au contraire, été vaincues, étouffées par la sclérose. Aussi les forces de l'organe se trouvent-elles disséminées et n'aboutissent-elles, en définitive, qu'à de médiocres effets (1). »

Que résulte-t-il de la pathogénie indiquée par M. Guyon ? Il en résulte que les accidents du prostatique dépendent d'un état général du système artériel et du système conjonctif, que les opérations et les divers traitements ne sont que des moyens palliatifs, incapables d'amener une guérison radicale. Lorsque ces opérations ont réussi, elles ont été pratiquées dans des conditions spéciales, fort bien indiquées dans la thèse de E. Vignard :

« On ne peut espérer faire disparaître la rétention d'urine par une incision ou une excision du tissu pros-

(1) F. Guyon, Mal. de la Prostate et de la Vessie.

latique au voisinage du col, que si les deux conditions suivantes coexistent :

« 1° Il existe un obstacle prostatique très net au niveau de l'orifice interne de l'urèthre, tandis que le reste de la prostate est peu hypertrophié ;

« 2° La contractilité vésicale a persisté.

« Or, il est rare de rencontrer ces deux conditions réunies.

« La seconde indication opératoire est l'impossibilité, d'ailleurs très exceptionnelle, de pratiquer le cathétérisme, soit pour le chirurgien, soit pour le malade.

« En somme, les indications de la prostatotomie et de la prostatectomie existent, mais elles sont très restreintes (1). Quant à la taille hypogastrique, voici ce qu'en pense M. le Professeur Guyon :

« En principe, je suis, vous le savez, très nettement favorable à la cystostomie ; j'ai défendu et je continue à défendre l'utilité de la thérapeutique opératoire dans ces cas, auxquels j'ai cru devoir donner l'appellation particulière de cystites douloureuses (2). »

Après avoir montré que la méthode non sanglante suffit, dans presque tous les cas, à toutes les périodes du prostatisme, M. le Professeur Guyon conclut en ces termes :

« L'état douloureux resterait donc seul à l'actif de ces opérations (fistulisation hypograstrique ou drainage périnéal) (3). »

(1) E. Vignard, Th. de Paris, 1890, p.
(2) Leçon sur le trait. des prostatiques. Annales des Mal. des org. génito-urin., janvier 1890, p. 10.
(3) Id. p. 25.

Le cathétérisme est, sans aucun doute, la méthode de choix ; mais il n'est pas toujours facile ; des manœuvres laborieuses exposent alors les malades à des uréthrorrhagies plus ou moins abondantes et répétées, à des accidents infectieux, et parfois à l'impossibilité d'introduire la sonde dans la vessie. Très rapidement, dans ces conditions, la sonde arrive à être mal tolérée, et son passage provoque de la douleur ; la répétition du cathétérisme, plusieurs fois dans les 24 heures, est encore plus intolérable, lorsqu'il existe des phénomènes de cystite, et ce cathétérisme peut devenir très difficile.

Faut-il alors recourir au cathétérisme permanent ? Nous avons déjà dit que nous rejetions l'emploi de la sonde à demeure, surtout dans les cas de fausses routes, parce que : 1° le corps étranger est souvent mal supporté ; 2° les souffrances augmentent parfois, grâce au séjour plus ou moins prolongé de la sonde dans le canal et la vessie ; 3° l'instrument expose à l'infection d'un terrain tout préparé pour recevoir et cultiver les microbes divers.

Lorsque le cathétérisme est très difficile, pénible pour le malade, les auteurs conseillent l'emploi des ponctions hypogastriques aspiratrices. Les anciens procédés de ponction rectale, périnéale de Dionis, sous-pubienne de Voillemier, sont jugées universellement difficiles et dangereuses.

La ponction hypogastrique avec canule à demeure, proposée autrefois par Méry, et à laquelle M. le Dr Lalesque a dû recourir, avec succès d'ailleurs, dans deux

cas (1), ne doit être acceptée, selon nous, que comme opération d'urgence, au même titre que la sonde à demeure, c'est-à-dire lorsqu'on ne peut faire mieux. Ce procédé aveugle expose à l'infiltration d'urine ; le Dr Pouliot, dans sa thèse, l'a notée 8 fois sur 22 cas, et M. Poncet l'a également observée sur deux malades, qu'il traita de la sorte il y a quelque douze ans. Et cela se conçoit, car l'urine filtre toujours entre la canule et les tissus, elle peut s'épancher directement dans le tissu cellulaire prévésical, lorsque l'extrémité de l'instrument ne plonge plus dans la vessie qui, en revenant sur elle-même, l'a abandonnée. Cet accident est, il est vrai, assez rare, mais l'infiltration ne l'est pas. L'irruption de l'urine dans les tissus se produit encore à la suite des ponctions aspiratrices, témoin les observations nombreuses où l'on signale le phlegmon hypogastrique. Ces manœuvres, surtout lorsqu'elles doivent être répétées, ne sont pas inoffensivss ; on a vu, à leur suite, l'état général du malade s'aggraver, la température s'élever et la mort survenir (E. Monod, Hache). D'autres fois, les chirurgiens ont eu la main forcée par les accidents et ont été obligés de recourir à la taille (Rohmer, Richardson, Poncet, E. Bœckel).

Rien n'est plus instructif à cet égard que la leçon publiée par M. Poncet sur les dangers des ponctions hypogastriques :

« Cinq fois, chez mes opérés, j'ai surpris la ponction en flagrant délit d'accidents graves : abcès, foyers

(1) *Annal. des mal. des org. génit. urin.*, mars 1890.

infectieux du tissu cellulaire prévésical, infiltration urineuse. On a publié des faits de ce genre, mais de telles complications ont dû souvent passer inaperçues et la mort doit être attribuée à des lésions urinaires profondes.

« Chez un de mes opérés, qui avait été ponctionné six heures avant la cystostomie, la vessie fut révelée, après l'incision de la paroi abdominale, par un jet d'urine filiforme de 6 à 8 centimètres d'hauteur, se faisant jour par le pertuis qu'avait laissé à son passage l'aiguille capillaire. Le tissu cellulaire était infiltré, et sans l'intervention, l'infiltration devait suivre une marche progressive (1). »

En somme, les ponctions ne constituent qu'un expédient rapidement dangereux, et doivent être abandonnées au profit de la cystostomie. Cette dernière opération nous paraît devoir être préférée, non seulement à la prostatectomie uréthrale ou périnéale, mais aussi à la prostatectomie sus-pusbienne, dont elle forme d'ailleurs le premier temps.

Elle a l'avantage d'assurer l'écoulement de l'urine, de laisser le malade et sa vessie au repos ; elle n'empêche pas le rétablissement du cours normal, succès très rare quel que soit le procédé employé ; elle donne l'espoir d'obtenir un urèthre contre-nature fonctionnant bien, peut-être même un urèthre analogue à l'ancien, sans les inconvénients de ce dernier.

Elle permet, en outre, chose importante et réelle, au

(1) *Mercredi médical*, 4 nov. 1891, p. 456.

moins dans la plupart des cas, le retour de la contractilité vésicale, et peut-être, par une modification dans son exécution, permettra-t-elle d'obtenir, à coup sûr, une vessie continente et un urèthre convenable. Si ce résultat était un jour atteint, la cystostomie de Poncet constituerait le traitement de choix des accidents prostatiques.

Pour nous résumer, et telles seront les conclusions de notre travail, nous dirons :

Chaque fois que, chez un prostatique, le cathétérisme sera difficile ou devra être trop souvent répété, que l'emploi de la sonde à demeure ou des ponctions aspiratrices sera indiqué, la préférence devra être donnée à la cystostomie, qui conserve, dans l'état douloureux, une de ses plus précieuses indications.

CHAPITRE III

Résultats immédiats et éloignés.

1° Résultats immédiats.

Rien n'est plus remarquable que ceux de la cystostomie : on ne peut guère comparer le bénéfice immédiat qu'à celui qui suit un coup de bistouri donné en temps opportun dans un abcès. Dans tous les cas, l'opéré ressent un soulagement et un bien-être inaccoutumés ; l'urine s'écoule constamment, il est vrai, mais les douleurs parfois si vives, les envies si fréquentes d'uriner, ont disparu comme par enchantement. Les malades ne sentent plus leur vessie, qui est dans le repos le plus complet, paralysée pour ainsi dire pour un certain temps, comme tous les viscères abdominaux à la suite d'un traumatisme. L'urine s'écoule parce qu'il n'y a plus de cavité, les parois vésicales étant refoulées par la masse intestinale. D'après Mac Guire et M. Poncet, la contractilité de l'organe est profondément modifiée : le doigt introduit dans le réservoir ne perçoit ni contraction, ni resserrement.

Cette paralysie ne se présente pas au même degré chez tous les opérés, car on en voit qui présentent des envies d'uriner de temps à autre, envies dues à la rétention de l'urine et qu'un cathétérisme fait disparaître. Après un temps variable, en général au bout de trois ou quatre semaines, la vessie récupère ses fonctions, au moins en partie, puisque l'envie se fait alors sentir presque comme à l'état normal et que le jet sus-pubien peut présenter une certaine force.

Jusqu'ici, il n'a pas été signalé d'hémorrhagies vésicales autres que celles des bords de la muqueuse divisée et cet écoulement sanguin est-il encore insignifiant; quel que pût être le degré de cystite ou de vascularisation de la muqueuse, jamais l'hémorrhagie ne fut abondante, au point de nécessiter une intervention quelconque (Poncet, Mac Guire).

Dans tous les cas, qu'il s'agisse de rétention avec ou sans fausse route, nécessitant un cathétérisme difficile, qu'il y ait de la cystite ou un état général inquiétant, l'opération amène une détente immédiate, un soulagement d'autant plus grand que les douleurs étaient plus intolérables. La cystostomie permet au malheureux malade de prendre un repos que souvent il n'a pas goûté depuis plusieurs jours; elle fait disparaître avec l'incessante envie d'uriner les insomnies contre lesquelles aucune médication n'avait pu lutter. Elle supprime ainsi une grande cause d'affaiblissement et s'oppose à l'intoxication en arrêtant l'absorption vésicale ou tout au moins en la rendant très difficile, grâce à l'is-

sue constante de l'urine et à l'ouverture d'un réservoir qu'on peut désormais laver et désinfecter.

L'opération atteint encore un autre but : celui d'améliorer l'état mental et moral du patient. Elle substitue le calme à un état de préoccupation et d'angoisse constantes; le malade ne redoute plus ni les manœuvres à résultat incertain, ni les douleurs qu'elles provoquent, ni la profonde anxiété que tout cela fait naître. Certes, tous les malades opérés ne sont pas dans un état semblable d'angoisse et d'effroi, mais chacun sait que ces exemples ne sont pas rares. La plupart des prostatiques sont menacés, tôt ou tard, des mêmes accidents dont le dénouement est à peu près fatal, si la cystostomie n'intervient pas au moment opportun.

Durant les trois ou quatre premières semaines, l'incontinence est en général complète; l'urine s'écoule constamment, le malade est un véritable infirme qui doit constamment porter un pansement absorbant et le renouveler fréquemment toutes les deux ou trois heures. Cette infirmité est incontestablement très gênante, mais infiniment préférable au cathétérisme répété ou permanent, aux ponctions hypogastriques et à tous les inconvénients qui accompagnent ces manœuvres. Il y a mieux heureusement; l'opération permet au bout de quelque temps la rétention plus ou moins prolongée de l'urine, comme nous le verrons au paragraphe suivant.

Continuons, pour l'instant, l'examen des résultats immédiats.

Dans les cas où il n'existe pas de lésions rénales

graves, l'état général se relève très rapidement. Avec l'absence de douleurs et le sommeil, l'appétit revient; les forces augmentent et le malade peut souvent se lever aussitôt après l'enlèvement des fils, c'est-à-dire vers le huitième ou le dixième jour. Au point de vue actuel, le cas de M. Diday est certainement le plus remarquable et le plus favorable à la cystostomie, car, opéré le soir du 23 décembre, l'éminent chirurgien pouvait, quinze jours après, le 9 janvier, faire sa consultation habituelle et retenait déjà ses urines.

D'autres malades, atteints de lésions rénales, ou opérés en pleine intoxication, succombent dans les huit premiers jours. Malgré ce dénouement, que l'opération ne provoque pas, mais qu'elle retarde, les patients retirent encore un bénéfice immédiat de l'intervention. Dans ces cas désespérés, entraînant fatalement la mort, quelle que soit l'action, si nous n'arrivons pas à sauver les malades, du moins pouvons-nous rendre la fin moins pénible, et de cette atténuation possible résulte pour nous le devoir de pratiquer la cystostomie.

Pour nous résumer, nous dirons avec M. le Dr Bonan : « Dans les premiers jours, la cystostomie est appelée à rendre par une voie artificielle la miction continue. Elle supprime des manœuvres douloureuses, la plupart du temps inefficaces et dangereuses. Elle est le meilleur moyen d'arrêter l'empoisonnement urinaire lorsqu'il a pour cause l'absorption par la muqueuse vésicale. Pour ces malades, l'opération de Poncet est la ressource capitale, efficace; elle sauve des patients

qui paraissent voués à une mort certaine. Ceux qui succombent dans les premiers jours sont porteurs de lésions rénales, de pyélo-néphrite suppurée contre lesquelles la cystostomie est naturellement impuissante.

2° Résultats éloignés.

Lorsque la cystostomie a été pratiquée à temps sur un malade que ses lésions ne condamnent pas fatalement à la mort rapide, elle donne au bout de quelques semaines, mais surtout et généralement au bout de quelques mois, des résultats véritablement remarquables.

Le but idéal de la cystostomie a été atteint chez M. Diday, et l'on peut donner comme type parfait la fonction de son nouvel urèthre. Voici d'ailleurs ce qu'écrivait l'illustre opéré, quatre mois après son opération :

« Mes trop compatissants visiteurs s'accordent généralement à me plaindre de n'avoir pas encore obtenu le retour de l'urination par les voies naturelles. Je les laisse dire et ne fais rien pour hâter ce retour; car je suis réellement plus satisfait de mon méat hypogastritrique que je ne pourrais l'être de mon urèthre agrémenté de la prostate que vous savez. Dès le quarantième jour de l'opération, j'ai récupéré le pouvoir, non pas d'uriner à volonté, mais de retenir mon urine pendant un temps qui, selon ma nourriture, la quantité de boisson, mes occupations, la température ambiante, etc.,

varie de une heure et demie à quatre heures et demie; et ce qui m'est bien précieux, d'être averti du besoin d'uriner une demi-minute environ avant que l'urine ne coule.

« La sensation qui me procure cet avertissement est, pour sa nature, l'analogue aussi parfait que possible de l'envie d'uriner normale. Quant à ses causes, n'y soupçonnez ni supposez le retentissement de telle ou telle excitation vésicale, sur l'innervation de sphincters, qui ici n'existent point. Elle dépend purement et simplement de la distension parvenue à un certain degré de la vessie telle que l'opération me l'a faite. Mais l'important, je le répète, c'est 1° que je garde mon urine un certain temps; 2° que vingt-cinq ou trente secondes d'avance je suis mis en état de prendre mes mesures pour la recueillir sans mouiller mon linge.

« Mais c'est peu, — quoique ce soit beaucoup, — que cet avantage de simple commodité. Après le choc opératoire, dont tant de soins affectueux m'ont adouci la rigueur, une véritable transformation n'a pas tardé à me prouver que j'avais bien choisi la meilleure part. Au lieu de l'épuisement fatalement progressif, auquel mon organisme menaçait de succomber tant que je luttai par le seul cathétérisme contre l'envahissement de la sclérose prostatique... la fièvre vaincue, la calorification languissante relevée à son type régulier, le sommeil reconquis, le calme moral rendu, les forces réparées, le formidable appétit de convalescent commençant à réjouir de quelque embonpoint un octogénaire, tels sont les bienfaits dont je me crois redevable

à la simple transposition du siége de l'excrétion urinaire.

« Aussi, tant téméraire soit-il de contester la maxime :

Dieu fit bien ce qu'il fit,

tout en louant le cher opérateur qui m'a délivré, je suis porté à quereller la nature qui crée de semblables périls. Des deux unités qui composent l'appareil dit génito-urinaire, voyant la seconde si bien fonctionner chez moi depuis qu'elle fonctionne loin de son congestionné congénère, j'ose poser une question à laquelle moralistes et médecins sont sommés de répondre : pourquoi les choses n'ont-elles pas été disposées par la providence — dont le synonyme populaire est bienveillance — de telle sorte que ces deux essentiels services puissent s'accomplir sans que chacun de leurs deux appareils organiques ait à porter d'autres conséquences que celles de ses propres maux — ou de ses propres excès? » (1).

Le rédacteur du *Bulletin du Lyon-Médical*, d'où nous extrayons ces lignes, les faisait précéder des réflexions suivantes, que nous acceptons pleinement : « L'extrait sera bien accueilli de nos lecteurs, parce que, outre le nouveau point de physiologie qu'il soulève et l'encouragement qu'il renferme à l'adresse des prostatiques en pareille situation, il permet de juger à quel point, sous tous les rapports, l'heureux opéré a recouvré la plénitude de son état normal. »

(1) Lyon Médical, 13 mars 1892, p. 377.

Un an après l'opération, M. Diday publiait un article fort intéressant dans la *Gazette hebdomadaire*, d'où nous extrayons ce qui suit (1) :

« N'ayant jusqu'à ces derniers temps été acceptée par les malades qu'à une période où les accidents de rétention complète et d'empoisonnement urinaire imminent ou réalisé créent un péril sérieux et prochain, la cystostomie ne devrait guère avoir aux yeux des chirurgiens que la valeur d'une ressource extrême.

« L'opération de A. Poncet a pourtant mieux, beaucoup mieux que cela à offrir aux malheureuses victimes du prostatisme sénile. En les dotant d'une vessie susceptible d'être aisément vidée, elle met fin à l'état anti-physiologique auquel ils étaient réduits (semi-réplétion vésicale permanente) ; état non seulement pénible, mais dangereux...

« C'est donc un service à rendre surtout aux prostatiques qu'ont déjà effleurés les affres de la deuxième période — et c'est un devoir pour celui qui peut le rendre — de leur montrer par son propre exemple, ce qu'est cette opération ; quels en sont les bienfaits durables ; comment, au prix fort peu onéreux de quelles simples précautions, opéré moi-même, il y a un an, sur le seuil de l'urgence, je me trouvai immédiatement affranchi des incessants ténesmes, de l'intolérable dysurie et aujourd'hui rendu au fonctionnement presque intégral de la vie sociale telle qu'un homme de mon âge doit le concevoir et peut se flatter d'en jouir. »

(1) Gazette hebdomadaire, 4 février 1893.

Après avoir posé les indications de la cystostomie, M. Diday décrit les fonctions de son nouvel urèthre :

« Du troisième au quatrième mois, j'avais déjà recouvré la faculté de retenir mon urine ; mais le méat hypogastrique étant encore assez large, j'urinais par cette voie, à volonté, sans avoir besoin du cathétérisme. Eh bien, à cette période, je voyais l'urine sortir par un jet en arcade. Et cette projection en arcade se maintenait avec la même force, alors que je restais assis, la paroi abdominale étant par conséquent relâchée, alors même que je m'appliquais à ne pas contracter cette paroi.

« Depuis que maintenant j'use du cathétérisme, un mouvement naturel, la sonde une fois introduite, me porte à en abaisser le pavillon, afin que l'urine tombe dans le vase. De sorte que l'on pourrait croire que l'urine s'écoule par le seul effet des lois de la pesanteur. Mais elle sort de même, avec la même force, lorsque au lieu d'abaisser le pavillon, je l'élève, quoique dans cette situation, l'urine pour sortir ait besoin de contrevenir à ces mêmes lois.

« Veut-on maintenant la mesure du pouvoir de cette force expulsive dévolue à la contractilité vésicale ?

« Le 9 juin 1892, étant resté trois heures et demie sans uriner, partant sous le coup d'un assez pressant besoin, j'introduis ma sonde d'argent à mandrin boutonné. Je fais observer que, avec ce mécanisme, pour que l'urine sorte, il faut, après avoir fait pénétrer la sonde, en retirer le mandrin. C'est ce que j'allais faire, lorsque j'aperçois sur ma table un livre. Machinale-

ment, je lâche le mandrin pour écarter le livre. Mais, à cet instant, un bruit me frappa : c'est le mandrin qui n'étant plus tenu, avait été chassé par l'urine et était allé tomber à terre, à 60 centimètres de distance. Certes, entièrement préoccupé à ce moment du soin de déplacer le livre, je ne pouvais songer à contracter mes parois abdominales. La forte propulsion de ce corps métallique, du poids de 4 grammes, ne peut donc être attribuée qu'à la contraction de la vessie. »

M. Diday indique ensuite l'art pour le cystotomisé de vider sa vessie sans l'irriter. Nous reviendrons plus loin sur cette technique spéciale, dont l'importance est considérable. Pour le moment, nous devons insister sur les points remarquables de l'Observation.

Ainsi, sans parler de l'excellence des résultats immédiats, nous voyons que l'opération a été suivie d'une énorme amélioration de l'état général, de la récupération des forces et de l'embonpoint. Tel a été également le résultat, au bout d'un an, chez le malade qui fait l'objet de notre Observation XXXII, personnelle. Dans la grande majorite des cas, les malades ont pu se lever dès le sixième jour; un certain nombre ont même demandé à quitter l'hôpital dès le cinquième jour. Généralement, au bout de dix à quinze jours, l'état général est amélioré au point que les malades peuvent aller et venir sans inconvénients. Chez presque tous les douleurs ont définitivement disparu et n'était l'incontinence ou la difficulté de la contention, ils ne demandent qu'à rester dans leur état actuel. Aussi craignent-ils la fermeture de leur méat hypogastrique, et se prêtent-ils

volontiers au traitement consécutif par la dilatation. La contention plus ou moins longue dépend de l'obliquité du nouveau canal, de sa longueur et de son étroitesse, et à ce point de vue, il faut avec le Dr Bonan (1) et M. le professeur Poncet (2) faire trois catégories d'urèthres contre-nature, quant à la forme et à la disposition de l'orifice extérieur.

« La première comprend les méats à fleur de peau ou méats vulvaires; l'orifice est au même niveau que la peau avoisinante, ou bien fait au-dessus d'elle, sous forme de deux petites lèvres, une saillie plus ou moins marquée.

« Le méat ombilical ou en entonnoir fait partie de la seconde catégorie. Ici, la peau est inversée, entrepionnée; et plonge du côté de l'excavation pelvienne.

« La troisième catégorie comprend les méats à forme intermédiaire. L'orifice est plus large et la muqueuse vésicale fait parfois hernie. »

Il est facile de comprendre que plus le méat est large, plus la contention est difficile et plus la fonction est imparfaite; les méats de la première catégorie présentent à ce point de vue la forme la plus favorable à la rétention.

C'est pour éviter ces orifices larges, qui créent une infirmité gênante, que M. Poncet conseille de ne faire qu'une petite incision à la vessie et de la faire aussi bas que possible, de façon à obtenir un canal étroit, long et oblique.

(1) Thèse de Lyon, 1892, p. 80.
(2) Bulletin Médical, 6 avril 1892.

Les cystostomisés dont le méat est large et les parois abdominales maigres ne retiennent l'urine qu'en petite quantité, et par suite pendant un temps assez court. Le canal, dans ces cas, est large, très peu long, les deux orifices cutanés et vésical sont superposés, l'urine trouve une issue facile sous la seule pression des viscères abdominaux sur la face postérieure de la vessie. Il en est de même lorsque la vessie est encore enflammée et irritable, ne tolérant qu'une petite quantité de liquide.

Chez de pareils malades, l'incontinence est presque complète; malgré cela, leur situation se trouve améliorée par la suppression des douleurs, des envies trop fréquentes, de l'angoisse qui les accompagnent; l'état général se relève et se maintient bon; l'infirmité nécessite seulement le port d'un urinal ou d'un appareil contentif. Ces cas sont évidemment les moins favorables, mais heureusement ne représentent qu'une minorité.

Chez d'autres opérés, la tolérance vésicale est beaucoup plus grande; la contention peut être obtenue au moyen de chevilles ou tiges obturatrices, que le malade enlève lorsqu'il éprouve la sensation de plénitude du réservoir. La tige obturatrice étant enlevée à temps, l'urine vient jaillir à petits flots par le méat hypogastrique; à ces malades, il faut donner le conseil d'évacuer leur vessie plusieurs fois par jour, au moyen de sondes molles et dans une attitude qui rende l'orifice aussi déclive que possible. A cette condition d'évacuation fréquente, les patients arriveront à atténuer, sinon à faire disparaître leur incontinence intermit-

tente; s'ils oublient de le faire, ils s'en aperçoivent bientôt, car, malgré la cheville, l'urine suinte entre la tige obturatrice et la paroi du canal, venant souiller le bas-ventre et les bourses.

Les obturateurs sont de diverses formes et de substances variables; M. le Dr Bonan en a figuré plusieurs dans sa thèse. Ce sont généralement des tiges droites en argent, en aluminium ou en ivoire, à extrémité renflée, destinée à limiter la pénétration. L'auteur a proposé et figuré un obturateur coudé, en forme de canule à trachéotomie, terminée par un renflement; sa longueur est de 5 à 6 centimètres; son calibre répond au nº 16 de la filière charrière. Pour évacuer la vessie, la tige est enlevée et remplacée par une autre semblable, mais percée d'un conduit suffisamment large; ou bien le malade se sert d'une sonde analogue à celle de M. Diday.

Ces chevilles obturatrices ne doivent pas être fixées par des cordons, mais bien par un tampon de gaze ou d'ouate maintenu par un bandage. L'appareil le plus commode nous paraît être celui du Dr Bonan :

« C'est un gros clou d'ivoire coudé. Sur sa tête évasée est vissée une plaque d'argent elliptique présentant deux œillets latéraux pour le passage de lacs. La petite branche, plus ou moins horizontale, doit avoir une longueur proportionnée à la longueur totale du conduit. La branche descendante fait avec la première un angle obtus, dont l'ouverture varie avec l'obliquité du canal. De cette façon, la portion intra-vésicale est parallèle à la direction des parois antérieure et postérieure de la

vessie, et ne risque pas de heurter la paroi par son extrémité. En outre, cette tige se maintient facilement d'elle-même ou par une légère pression exercée sur la plaque : cette pression ayant pour effet de faire basculer en avant l'extrémité opposée. Enfin, elle conserve au trajet une direction oblique, qui est une condition puissante d'occlusion. »

Quoi qu'il en soit, chez certains opérés, on ne peut s'opposer complètement à l'écoulement involontaire, probablement parce que le canal est trop large. La question n'est pas encore résolue; peut-être le sera-t-elle soit par l'invention d'un nouvel appareil, soit par les perfectionnements de la technique opératoire.

Au point de vue des résultats éloignés, voilà donc deux catégories de malades présentant de l'incontinence; les premiers l'ont absolue; chez les seconds, elle n'est que relative et disparaît par le port d'un appareil. Il nous reste deux autres catégories, celles-ci beaucoup plus intéressantes :

L'une comprend tous les cas, où on a pu obtenir la création d'un véritable urèthre contre-nature, fonctionnant comme son prédécesseur; tel le canal hypogastrique de M. Diday ou celui du malade qui est le sujet de l'Observation I. L'urine s'accumule dans la vessie pendant trois, quatre ou même six heures, et donne naissance au besoin d'uriner. La miction est satisfaite quelques instants après, soit par un jet d'urine sortant par le canal artificiel, soit à l'aide d'une sonde introduite dans l'orifice.

Chez de tels malades, la vessie peut recouvrer, au

moins en partie, sa contractilité, comme le témoigne M. Diday.

L'illustre opéré pouvait, au troisième mois, uriner à volonté par son canal hypogastrique, sans avoir recours au cathétérisme.

« Eh bien, à cette période, je voyais l'urine sortir par un jet en arcade. Et cette projection en arcade se maintenait avec la même force, alors que je restais assis, la paroi abdominale étant par conséquent relâchée ; alors même que je m'appliquais à ne pas contracter cette paroi.

« Depuis que, maintenant, j'use du cathétérisme, un mouvement naturel, la sonde une fois introduite, me porte à en abaisser le pavillon, afin que l'urine tombe dans le vase. De sorte que l'on pourrait croire que l'urine s'écoule par le seul effet des lois de la pesanteur, mais elle sort de même, avec la même force, au lieu d'abaisser le pavillon, je l'élève, quoique, dans cette situation, l'urine pour sortir ait besoin de contrevenir à ces mêmes lois. »

Et plus loin, M. Diday raconte à quelle distance fut projeté le mandrin de sa sonde, qu'il avait un instant abandonnée pour écarter un livre (1).

Notre observation XXXII montre aussi que la cystostomie place la vessie dans des conditions qui permettent au réservoir un regain de jeunesse. Le résultat de l'opération faite par M. Poncet, et si justement appelée par lui « nécropsie d'un cystostomisé vivant », a

(1) *Journal de médecine de Bordeaux*, 16 avril 1893.

permis de constater que « la muqueuse était lisse et saine ; cet organe de vieillard est devenu une vessie de jeune homme. »

Donc l'organe peut recouvrer sa contractibilité : c'est là un des bénéfices les plus remarquables de la cystostomie. Mais lorsque cela existe, il faut cependant, pour plus de sécurité, évacuer la vessie par le cathétérisme, pratiqué au moyen d'une sonde courbe, en argent, à mandrin. M. Diday a parfaitement décrit « l'art de vider la vessie complétement, sans s'exposer à l'irriter par le contact de la paroi avec la sonde, qui sert soit à évacuer, soit à laver (1). »

« Un préjugé règne à cet égard, préjugé dont moi-même, d'abord j'éprouvais, dans la personne de ma vessie, la fâcheuse influence. Par ce motif plausible, mais spécieux, qu'il s'agit d'un réservoir plein, dont l'ouverture est située en haut, on se figure qu'il ne sera complétement évacué qu'en faisant pénétrer l'instrument évacuateur jusqu'au fond du réservoir ou bien en aspirant le liquide par cet instrument.

« Je proscris absolument le second procédé... M. Poncet nous avait mis en garde contre ces dangereuses inconséquences en écrivant : La vessie du cystostomisé doit être considérée comme un noli me tangere.

« Eh bien, voici justement que, donnant à la pensée du maître son complément logique et pratique, je viens enseigner, d'après mon expérience, le moyen de la vider sans y toucher. Ainsi :

(1) P. Diday.

« La sonde étant huilée, je l'introduis aussi vite que possible jusqu'à trois centimètres environ (je rappelle que mon urèthre artificiel en a près de cinq). Arrivé là, je procède avec plus de lenteur, et dès que je vois l'urine couler, non pas goutte à goutte, ni en bavant, mais par un jet bien formé, continu, net et vif, je m'arrête, je fixe l'instrument entre deux doigts au degré de profondeur qu'il avait au moment où le jet a commencé.

« Mais bientôt le jet faiblit. Attention ! Il y a alors quelque chose à éviter et quelque chose à faire (Et justement le préjugé conseillerait de faire ce qu'il faut éviter et réciproquement.) Ainsi :

« Bon à éviter : de pousser la sonde. — Bon à faire : la retirer, au contraire, et la retirer assez promptement pour que la vessie, en finissant de se contracter, ne vienne pas se heurter contre son bec. Voulez-vous, au contraire, enfoncer l'instrument ? Vous obtiendrez une vive et persistante douleur, mais pas une goutte d'urine de plus. »

Enfin, dans une dernière catégorie se rangent les malades, très rares d'ailleurs, qui ont recours, au bout d'un certain temps, à la miction par la voie normale. Cette rareté du retour de la fonction ne tient pas à l'imperméabilité du canal, car en général, chez les cystostomisés, le cathétérisme uréthral peut, après quelques jours, être assez facilement pratiqué. Mais il y a deux causes, d'après M. Poncet, qui s'opposent au rétablissement de la miction normale.

D'une part, l'hypertrophie prostatique, qui persiste,

continue à obstruer mécaniquement le col; d'autre part, le mode de contraction des parois vésicales est changé. « La vessie, fixée désormais sur une certaine longueur à la paroi abdominale, a subi, très probablement dans sa contractilité, certaines modifications..... Immobilisée, la paroi antérieure ne doit jouer qu'un faible rôle dans la poussée de l'urine. C'est surtout la paroi postérieure et le sommet de la vessie qui interviennent. Il n'est plus question alors d'une contraction en boule, mais d'une sorte de contraction en surface. C'est ainsi que l'urine se trouve plus volontiers chassée vers l'urèthre nouveau que vers le col.

« Les cystostomisés, désireux parfois de recouvrer la miction naturelle, se préoccupent néanmoins avant tout de leur soupape de sûreté. Ils redoutent son occlusion complète et s'ingénient à maintenir le passage de l'urine par le canal hypogastrique (1). »

Si l'on essaie, en effet, d'oblitérer momentanément le méat, la vessie ne se vide pas par l'urèthre, et bientôt le malade éprouve de la douleur, immédiatement soulagée par l'ouverture du canal artificiel, en même temps que l'urine s'échappe en jet.

Une excellente démonstration de ce phénomène se trouve dans l'observation, publiée par le Dr Loumeau, d'une taille hypogastrique pour calcul chez un prostatique (2). Du 19 septembre au 27 octobre 1892, le malade, qui avait été opéré le 21 août, vit par trois fois sa

(1) P. Diday.
(2) Poncet, *loc. citat.*

cicatrice se déchirer et donner issue à un jet d'urine. Après plusieurs accidents infectieux (œdème phlegmoneux de la paroi abdominale, phlébite du membre inférieur), et grâce au séjour constant d'une sonde à demeure, le malade est guéri le 24 février 1893. A cette époque, la réplétion et l'évacuation de la vessie, qui autrefois donnaient lieu à des tiraillements au niveau de la cicatrice, s'effectuent sans aucune douleur. L'organe paraît avoir reconquis son indépendance vis-à-vis la paroi abdominale.

Ces faits nous semblent démontrer que la vessie peut récupérer sa force de contractibilité, au moins en partie, puisque d'une part l'urine sort en jet par le nouveau canal, dans les cas favorables et que, d'autre part, sous l'influence de la rétention, la cicatrice hypogastrique peut être rompue. Cette remise à neuf, pour ainsi dire, du réservoir, sa transformation possible en « vessie de jeune homme », doivent encourager à pratiquer la cystostomie. Mais elle nous montre enfin le rôle important de l'hypertrophie prostatique, puisque, malgré le retour de la contractilité, la miction ne se rétablit que très rarement par la voie normale. Le changement du mode de contraction est certes important; mais ce changement, indiscutable dans les premiers temps qui suivent l'opération, persiste-t-il ? Autrement dit, la paroi antérieure de la vessie est-elle, à jamais, fixée à la paroi abdominale ? Nous ne le croyons pas, en nous basant sur le résultat de l'autopsie du malade opéré par M. le professeur Tillaux et sur le manuel opératoire lui-même. Sur la pièce de M. Tillaux, la vessie était in-

dépendante de la paroi, à laquelle elle était reliée par un canal d'un centimètre ; l'orifice vésical seul pouvait être considéré comme fixé. Le dernier temps de l'opération fixe bien la paroi vésicale à la peau, mais sur une faible étendue, un centimètre ou un centimètre et demi au plus.

La portion immobilisée, et encore relativement, est celle comprise entre les deux points fixes, col vésical naturel et orifice anormal cutané ; la portion de la paroi antérieure située au-dessus de celui-ci reste libre et se contracte, de même que les autres parois non immobilisées.

Nous ne voulons pour preuve de ce que nous avançons, que la dépression constante de l'orifice cutané, qui peu à peu à peu semble attiré vers le bassin. M. Diday l'a fort bien dit : « Dans ce mariage forcé de deux parois qui avaient été créées pour remplir séparément leur office, si l'une des deux a pris le dessus, a entraîné l'autre, c'est celle dont à la fois le rôle est le plus essentiel et l'action la plus soutenue, c'est la vésicale. »

De cette action continue, qui ne diffère que très peu de l'action normale, résulte l'allongement, la formation du canal.

Ce canal, en effet, n'existe pas dans les premiers temps, puisque la vessie s'ouvre directement à la peau ; si donc il s'est formé ultérieurement par l'attraction de sa partie cutanée, c'est que la vessie se contracte comme à l'ordinaire.

Donc, nous devons considérer l'obstacle prostatique

comme une cause puissante produisant la rétention d'urine, cause à laquelle s'ajoute l'affaiblissement de la contractilité vésicale. Nous venons de voir que l'organe peut reprendre sa force ; l'idéal ne serait-il pas d'obtenir en même temps, par la cystostomie, un canal disposé comme celui de M. Diday? Dès lors, cette opération deviendrait le traitement de choix des prostatiques, car on substituerait, à leur ancien canal, un urèthre nouveau, réduit à sa portion postérieure et privé de la prostate.

Nous ignorons complètement par quel procédé opératoire, ou mieux, dans quelles conditions il faut pratiquer la cystostomie pour obtenir ce résultat désirable. La question est encore neuve, l'opération a peu de partisans, les autopsies sont exceptionnelles ; aussi avons-nous voulu contribuer, quoique très faiblement, à provoquer une étude approfondie sur la cystostomie, qui nous paraît avoir un avenir important.

OBSERVATIONS

Si l'on prend en bloc toutes les observations publiées, on est frappé de la grande mortalité des opérés. Mais aurait tort de juger par là de la gravité de la cystostomie. Tous les malades qui ont succombé dans les huit premiers jours ont été opérés dans un état général extrêmement grave et n'ont pu être sauvés quoique opérés. Ces morts ne sont pas imputables à l'intervention, mais au retard que l'on a mis à ouvrir la vessie, à l'infection qu'on a laissé se produire, par sondes à demeure, ponctions, etc.

En réalité, l'opération est tellement bénigne, qu'aucun malade opéré à temps n'est mort et ne devait mourir. Bien plus, aucun, même de ceux qui ont succombé, n'a présenté de complication du fait de l'intervention (péritonite, infiltration d'urine) ; tous ont été soulagés immédiatement et délivrés de leurs tourments. Quelques-uns sont morts au bout de peu de temps, sans qu'on ait pu savoir la cause du décès ; ceux qui succombèrent dans la première semaine présentaient des lésions irrémédiables.

Les différents cas peuvent se décomposer comme suit : dans un tiers des cas, il s'agissait de rétention d'urine avec cathétérisme très difficile ; dans le second tiers il y avait des fausses routes ; enfin, le dernier tiers comprend les accidents infectieux.

Plus intéressant est l'état des cystostomisés vivants, car il permet de juger le bénéfice qu'on doit attendre de l'opération.

Sur 14 survivants :

5 ont eu un urèthre contre-nature qui leur permet de conserver les urines pendant plusieurs heures, sans appareils.

3 (dont celui de notre Observation) portent un appareil contentif suffisant.

4 ont une incontinence complète.

2 ont vu leurs urines reprendre le cours normal et la fistule se cicatriser.

C'est-à-dire que, sur 12 cystostomisés, 8, soit les 2/3, peuvent retenir leurs urines, soit spontanément, dans plus de la moitié des cas (5 sur 8), soit au moyen d'appareils. Près de la moitié des opérés (5 sur 12) ont un urèthre convenable, équivalent à l'urèthre naturel, sans l'obstacle initial de celui-ci. Il résulte de ces chiffres que la cystostomie est une excellente opération, à la condition de n'être pas pratiquée dans les cas désespérés.

Observation I (*Professeur Poncet, résumée*) (1).

M. B..., de Nevers, 72 ans, ancien conducteur des ponts et chaussées, a eu la blennorrhagie à 25 ans.

Troubles de la mixtion depuis dix ans; difficulté croissante, mixtions fréquentes, diminution dans la force et le calibre du jet d'urine, nécessité d'efforts croissants au début de la miction.

Pendant la dernière année, 10 mictions par 24 heures, dont quatre mixtions la nuit.

Jamais d'interruption brusque du jet ni de douleurs proprement dites. Plusieurs explorations du canal démontrèrent qu'il n'y avait pas de rétrécissement.

Le 4 mai 1890, après un trajet de 15 heures en chemin de fer, impossibilité d'uriner malgré une envie pressante. Au bout de quelques heures, la miction s'effectua après de longs et pénibles efforts. Le soir, rétention complète.

Un médecin essaie le cathétérisme avec une sonde molle qui, devenue friable ou de mauvaise qualité, se brise dans le canal. Le malade est porté dans le service de M. Poncet; pendant le transport, le fragment de sonde tombe à terre et l'on passe facilement une sonde n° 16. Par le toucher rectal, on sent la prostate volumineuse, uniformément developpée.

Le 6 mai, rétention complète, tentative infructueuse de cathétérisme par un médecin. Uréthrorragie. M. Poncet ne parvient pas à pénétrer dans la vessie et propose la cystostomie, qui est pratiquée à 5 heures du soir.

Paroi abdominale épaisse, couche sous-cutanée de trois centimètres; on ne sent le pubis qu'après incison des couches superficielles.

Péritoine refoulé en haut; incision vésicale de 15 millimètres; paroi vésicale épaisse de trois millimètres; issue d'un gros jet d'urine claire, puis ambrée.

(1) Dr Bonan. Thèse de Lyon, 1892.

Le doigt sent dans la cavité une grosse masse ovoïde paraissant se rattacher au lobe médian et faisant une saillie de trois à quatre millimètres au-dessus du col vésical. Lavage de l'urèthre et injection d'huile iodoformée.

A la fin du mois, M. B... rentra chez lui, à Nevers, dans un état satisfaisant :

Le 20 mars 1892, M. B... vint à Lyon et donna à M. le Dr Bonan les renseignements suivants :

« Après avoir continué à perdre ses urines par la fistule pendant quelques semaines, le malade continua à les retenir pendant une heure tout d'abord, pendant une heure et demie et deux heures un peu plus tard.

« A l'aide d'un clou d'ivoire, M. B... parvint à oblitérer hermétiquement son nouveau canal urinaire, de sorte qu'environ deux mois à deux mois et demi après l'opération, il ne transpirait plus la moindre goutte d'urine. Rien ne semblait plus trahir son infirmité.

« La tolérance vésicale s'accentua assez vite jusqu'à devenir à peu près la même qu'aux premiers temps de ses troubles urinaires. En moyenne, il éprouve aujourd'hui le besoin d'uriner toutes les quatre ou cinq heures; mais il est arrivé, et parvient encore assez souvent à garder ses urines jusqu'à six et même sept heures. L'urine n'est plus ressortie par l'urèthre, dont l'imperméabilité paraît complète... »

« ... Actuellement, le malade présente toutes les apparences d'une parfaite santé. Aucune trace d'inflammation du canal sus-pubien. L'orifice, situé à un pouce de la symphyse, est un cul-de-poule dont le fond, tangible avec le doigt, est constituée par la peau déprimée, sèche et normale; l'infundiblum a deux centimètres de profondeur.

« Il est généralement oblitéré avec une cheville d'ivoire, que le malade remplace par une canule percée et de même forme au moment de satisfaire à un besoin d'uriner. Protaste toujours volumineuse. Pas d'albuminurie. »

Observation II *(Professeur Poncet)* (1).

Nous transcrivons ici la première partie de l'Observation si remarquable de M. Diday; la seconde partie, relative aux suites et au résultat éloigné, trouvera sa place dans un autre chapitre.

« M. Paul Diday, ex-chirurgien-major de l'Antiquaille, 80 ans.

« Autrefois, en 1837, cystite qui s'est plusieurs fois révélée à l'état subaigu. Depuis un an environ, tourmenté par la dysurie qui accompagne le développement sénile de la sclérose prostatique, ténesme, besoins fréquents d'uriner nécessitant plusieurs mictions nocturnes, lesquelles ne vidaient jamais complètement la vessie.

« Malgré cette incommodité progressive qui, compromettant son sommeil, l'avait affaibli, il continua ses occupations.

« Pendant les derniers mois, troubles gastriques, petits frissons dits d'impaludisme, le tout probablement d'origine urinaire. Jamais de cathétérisme antérieur. »

Le 12 décembre , ayant suivi en qualité d'auditeur les épreuves d'un concours à l'Hôtel-Dieu, M. Diday fut exposé, à diverses reprises, à un vent très froid, en stationnant sous les voûtes de la première cour de cet hôpital. Rentré chez lui, il constata, pour la première fois, que l'urination était impossible. « Confondant, pour mon malheur, un obstacle à l'urination avec la douleur en urinant, j'essayai d'y remédier en buvant plusieurs verres de boissons rafraîchissantes (orgeat, tisane de queues de cerises, infusion de barbe de maïs) et je pris un bain de siège. » Mais ces moyens irrationnels ne firent qu'augmenter les douleurs, sans que des contractions incessantes pussent amener autre chose que quelques cuillerées d'urine.

M. Poncet, appelé auprès du malade, passe assez facilement, toutes précautions antiseptiques étant prises, une sonde à béquille n° 14, après avoir essayé de passer une sonde molle, mais inutilement en raison d'une grande irritabilité du canal et d'un spasme

(1) S. Bonan. *Loco citato*, p. 99 et suivantes.

très net empêchant le cathétérisme. M. Diday fut immédiatement soulagé par l'issue d'une grande quantité d'urines claires et sans odeur. L'opérateur reconnut de plus, dès ce premier cathétérisme, les obstacles qui s'opposaient à ce mode de traitement : d'abord, un méat assez étroit, puis une prostate volumineuse. Le malade fut sondé de nouveau, à 11 heures du soir. Pendant la nuit du 12 au 13, la réplétion de la vessie ayant ramené de nouvelles douleurs, M. Diday essaya lui-même le cathétérisme, mais infructueusement. M. Poncet le sonda encore à six heures du matin. Ce chirurgien ayant été obligé de s'absenter du 13 au 31, et le malade ne pouvant uriner que sondé trois ou quatre fois dans les 24 heures, M. le Dr Orcel d'abord, puis M. le Dr Bron se chargèrent de ce soin.

Dès le quatrième ou cinquième cathétérisme, quoiqu'il n'y eut ni saignement produit, ni fausses routes opérées, la douleur que causait au malade le passage de la sonde, l'invita à la laisser à demeure, « ce qui le dispensait, pensait-il, du concours de ses chers coopérateurs », mais risquait de donner lieu à une irritation du col de la vessie, ainsi que l'en avertissaient des ténesmes de plus en plus fréquents.

Il renonça donc à ce procédé et revint aux cathétérismes. Mais, dès le 18 décembre, le passage de la région prostatique devint assez difficile pour le malade lui-même et assez laborieux pour ses collaborateurs, pour donner lieu, outre la douleur locale et l'angoisse morale, à de l'insomnie, de l'inappétence, de la fièvre. Le séjour continuel au lit y aidant, les forces diminuèrent. Aussi, lorsque à son retour, le 21 décembre, M. Poncet reprit la direction du traitement, l'état général était déjà assez mauvais ; les urines ammoniacales, infectées, laissaient déposer du muco-pus en abondance au fond du vase. Ces accidents s'expliquent par la sonde à demeure qu'on avait dû laisser en place pendant un temps plus ou moins long et, une fois entre autres, pendant quarante-huit heures. Néanmoins, le cathétérisme est continué trois fois par jour, suivi de lavages vésicaux.

22 décembre. Amélioration dans l'état local. Urines plus claires, langue blanchâtre, tenant au doigt, anorexie, teinte jaune sale de la peau. Cathétérisme douloureux et laborieux.

23 décembre. Grandes difficultés du cathétérisme. Uréthrorragie légère. Irritabilité extrême du canal. Envies extrêmement fréquentes et douloureuses d'uriner. Affaiblissement progressif.

Devant cette difficulté toujours croissante du cathétérisme et la gravité de l'état général, M. Poncet engagea le malade à prendre le parti décisif que M. Diday accepta immédiatement. L'opération est pratiquée dans la soirée, le 23 décembre, à quatre heures et demie, par M. Poncet, en présence de M. Ollier et avec l'assistance des Drs Doyon, Jaboulay et Orcel.

Anesthésie. Injection dans la vessie de 150 grammes d'eau boriquée bouillie. Manuel opératoire habituel. Incision de la vessie qui, vidée, plonge dans l'excavation. Difficulté de retrouver l'orifice. On y parvient néanmoins en introduisant dans le canal un cathéter métallique.

L'orifice a six ou huit millimètres d'étendue. Suture par six fils de soie; pas d'hémorrhagie, pas d'accidents opératoires nécessitant des ligatures.

Muqueuse vésicale rouge, enflammée. La prostate remonte sous la face postérieure du pubis. L'urine s'écoule facilement. Le soir, trois ou quatre envies légères d'uriner.

24 décembre. Alimentation liquide. Langue sale, un peu sèche. Température rectale 38°2 le matin, 38°5 le soir.

25 décembre. L'urine s'écoule facilement; quelques sensations de cuisson, de brûlure, paraissant dues à la rétention d'un peu d'urine dans le bas-fond vésical, ou encore à des bouchons muqueux retenus sur les lèvres de la plaie et s'opposant en partie à l'écoulement de l'urine. Nuit bonne. On persuade au malade de se coucher sur le côté pour mieux vider sa vessie. Lavement avec 60 grammes de sulfate de quinine.

26 décembre. Nuit excellente. Pas de douleurs depuis 15 heures. Langue meilleure, le malade a mangé des huîtres. Urines un peu muqueuses avec quelques caillots blanchâtres. Etat général meilleur; 60 centigrammes de sulfate de quinine.

27 décembre. Appétit; langue satisfaisante. Quinine.

29 décembre. La langue se dépouille, rouge vernissée en son

milieu. Lavement. Peau un peu chaude. Malaises divers de temps à autre.

31 décembre. Un verre à Bordeaux de limonade purgative. Selles abondantes. Injections sous-cutanées de bromhydrate de quinine. On enlève les fils.

1er janvier. Dans la journée, sensations de chaleur, malaises, sueurs de temps à autre.

9 janvier. Toujours quelques malaises revenant chaque nuit aux mêmes heures.

M. Diday reste levé la plus grande partie de la journée; il fait son cabinet. Envies insignifiantes d'uriner de temps à autre. En allant à la selle, une certaine quantité d'urine a passé par le canal.

15 janvier. L'aspiration du bas-fond vésical amène des glaires, un peu de muco-pus. M. Orcel fait un lavage avec la solution boriquée à 20 0/0. Immédiatement après, envies d'uriner qui ne peuvent être satisfaites, douleurs vives pendant trois heures. Angoisses, agitation.

17 janvier. Plus de douleurs, mais peu d'appétit; langue cependant humide. Perte des forces.

19 janvier. Grippe, laryngite, voix enrouée, quelques crachats hémoptoïques. Pas d'appétit, affaiblissement. Température rectale 38°9.

24 janvier. Trachéïte, crachats purulents, affaiblissement progressif.

2 février. Etat général meilleur. Depuis quelques jours, l'orifice s'est beaucoup rétréci. Dans les 24 heures, cinq ou six envies douloureuses d'uriner; il ne passe rien par le canal; parfois quelques gouttes en jet par l'ouverture vésicale.

21 février. Etat général satisfaisant, appétit, engraissement. L'orifice est maintenu par le passage d'un cathéter Béniquié deux ou trois fois par jour. Besoins d'uriner au niveau de l'orifice. M. Diday a le temps de se lever pour accomplir cette fonction par l'urèthre contre-nature. Il peut ainsi rester une à deux minutes avant de vider sa vessie, qui contient alors 100 à 120 grammes d'urine.

22 mars. M. Diday garde ses urines cinq heures et demie durant. Son état général est bien meilleur; il reprend son train de vie habituel.

A cette date, il a pu se rendre dans les bureaux du *Lyon-Médical*. Depuis lors, continuation d'une santé parfaite. Aujourd'hui, 26 mai, la fonction nouvelle et l'état général sont tout aussi satisfaisants que M. Diday puisse le désirer (1).

Observation III (*Professeur Poncet, résumée*) (2).

S. F..., 65 ans, employé de commerce, demeurant à Lyon; bonne santé habituelle, pas de blennorrhagie, accuse des mictions devenues fréquentes depuis quelque temps.

Le 4 juillet 1891, rétention d'urine. Un médecin passa une sonde avec difficulté. Hémorrhagie.

Le 6 juillet, à l'Hôtel-Dieu, la sonde ne put être introduite; le malade n'avait pas pissé depuis 36 heures. Verge et cuisses couvertes de sang, fausses routes évidentes. Vessie remontant à l'ombilic. Cathétérisme métallique possible, mais très difficile et accompagné d'uréthrorrhagie abondante. Par le toucher rectal, on sent une prostate grosse uniformément non douloureuse.

Anesthésie et cystostomie pratiquées sur le lit de Trendelenburg. Issue d'une certaine quantité d'urine brunâtre, couleur acajou. Prostate ayant la forme d'un col utérin; le lobe droit paraît plus hypertrophié. Six points de suture.

Le malade se trouve bien de son opération, pas de fièvre; lavages boriqués.

Le malade, sorti le 5 août, rentre fin septembre. Sonde molle à demeure pendant 24 heures. Progressivement, par le cathétérisme, la perméabilité du canal se rétablit; la fistule est en voie d'oblitération et celle-ci est favorisée par quelques cautérisations au nitrate d'argent.

Le 9 janvier 1892, l'orifice sus-pubien permet un léger suintement qui finit par se tarir.

(1) Voir les suites éloignées, p.

(2) In thèse de Bonan. Lyon, 1892.

Le 30 mars, au soir, brusquement rétention complète. Cathétérisme, bains, etc.

Au bout de quelques jours, la fonction s'est rétablie, mais le malade accuse des malaises, des envies fréquentes d'uriner, de l'inappétence.

Observation IV (*Professeur Poncet, résumée*) (1).

M. D..., 71 ans, tisseur, à Lyon ; pas de blennorrhagie, de syphilis, ni d'alcoolisme.

Depuis trois semaines, difficultés à pisser, puis rétention complète. Un médecin le sonda et, plus tard, le malade se sonda lui-même, mais ne réussit qu'à se faire saigner.

A l'Hôtel-Dieu, on constate l'existence de fausses routes, avec uréthrorrhagie abondante et distension considerable de la vessie.

Cystostomie. Débridement de quatre à cinq millimètres sur chaque droit antérieur. On passe deux fils métalliques dans la vessie, avant son incision ; l'urine suinte à travers les piqûres. L'ouverture de la vessie donne issue à 4 ou 500 grammes d'urine couleur café sale, sans odeur ; huit points de suture.

Au bout de quelque temps, tendance au rétablissement de la fonction par l'urèthre normal et à l'oblitération de la fistule hypogastrique, oblitération redoutée par le malade.

Observation V (*Professeur Poncet, résumée*) (2).

G. L..., 74 ans. Blennorrhagie à 24 ans. Excès vénériens. Le malade est apporté à l'Hôtel-Dieu le 9 décembre 1891, avec une

(1) In thèse de Bonan. Lyon, 1892.
(2) In thèse de Bonan. Lyon, 1892.

rétention complète datant de trois à quatre jours et dans un mauvais état général. Le malade et la famille avait remarqué une énorme tumeur sus-pubienne. Aucun accident antérieur ; aucun trouble de la mixtion.

Le pénis, les cuisses et le ventre sont couverts de sang ; on constate une prostate très hypertophiée et des fausses routes. Il y aurait eu des tentations répétées, mais infructueuses, de cathétérisme.

7 décembre. Cystostomie. La vessie remonte jusqu'à l'ombilic.

On enlève les fils le huitième jour ; tous les accidents ont disparu.

Un mois après, on essaie de rétablir le cours normal de l'urine : mais les sondes passent difficilement. Jamais aucune goutte d'urine ne sort spontanément par le canal.

L'incontinence est à peu près constante, sauf pendant la première heure qui suit l'évacuation provoquée. Une canule spéciale favorise la contention.

Observation VI (*Professeur Poncet, résumée*) (1).

G..., 60 ans, tonnelier, à Brussieux (Rhône), a toujours eu une bonne santé. Pas de blennorrhagie, de syphilis ou autres maladies antérieures ; quelques excès alcooliques.

Troubles urinaires datant de la fin de 1890 ; difficultés de la miction, douleurs au bout de la verge ; puis envies de plus en plus fréquentes, écoulement goutte à goutte.

En avril 1891, rétention complète ; cathétérisme par un médecin ; le lendemain, nouvelle rétention, nouveau cathétérisme facile et le malade apprit à se sonder.

Les jours suivants, uréthrorrhagie, difficultés du cathétérisme ; enfin, insomnie, inappétence, amaigrissement, douleurs à peu près constantes, la vessie se trouvant continuellement distendue.

Le 9 mai 1891, le malade entre à l'Hôtel-Dieu, où l'interne de

(1) In thèse de Bonan. Lyon, 1892.

service, ne pouvant pas passer, fait une ponction aspiratrice. Urines claires, prostate volumineuse, fausses routes.

Deux heures après, devant l'imperméabilité du canal, M. Poncet pratique la cystostomie. Œdème du tissu cellulaire. Le cul-de-sac du péritoine étant relevé, on voit sourdre un jet d'urine continu par l'orifice qu'a laissé l'aiguille de Potain.

Incision de la vessie sur une étendue de deux centimètres. Pas de sutures.

Neuf jours après l'opération, le malade demande sa sortie.

L'incontinence persiste pendant trois semaines ; à la suite, le malade put garder ses urines pendant une heure, deux au maximum. Un mois et demi après l'opération, il put reprendre ses anciennes occupations et fut perdu de vue.

Le Dr Bonan revit le malade le 10 mai 1892. Le suintement ne se reproduisait que trois on quatre heures après la dernière évacuation ; malgré ce désagrément, le malade dit n'avoir pas cessé son travail, s'étant contenté de maintenir au-devant de son hypogastre un bloc d'ouate hydrophile.

« Actuellement, on constate un petit orifice situé à un pouce au-dessous de la symphyse et au fond d'une dépression en forme d'ombilic. Le trajet du nouvel urèthre est légèrement oblique de haut en bas. Le conduit permet le passage d'une assez forte canule (7 à 8 millimètres). Sur un point de l'orifice, on aperçoit une sorte de bourgeon d'un rouge vif, qui semble appartenir à la muqueuse vésicale herniée. »

Observation VII (*Professeur Poncet, résumée*) (1).

M. F..., 79 ans, de santé excellente en apparence, incommodé depuis plusieurs années par sa prostate (envies fréquentes d'uriner, deux ou trois fois par nuit), est pris brusquement, dans la nuit du 2 mars 1889, sans coup appréciable, de rétention d'urine. Lorsque

(1) In thèse de Bonan, Lyon, 1892.

M. Poncet vit le malade, les accidents remontaient à 10 heures; cathétérisme facile avec une sonde molle. Urines claires normales. Les sondages, devenus obligatoires, furent pratiqués quatre ou cinq fois par jour pendant huit mois. Mais, au mois d'août, les envies deviennent plus fréquentes; en septembre et surtout octobre, nécessité de cathétérismes très rapprochés, en moyenne toutes les heures. Douleurs vives, insomnies, troubles gastro-intestinaux, amaigrissement.

Le malade, très alarmé de cet état, réclama une opération.

Cystostomie le 12 novembre 1889. Distension préalable de la vessie avec 250 grammes d'eau boriquée bouillie. Débridement de trois à quatre millimètres, avec un bistouri boutonné, sur chacun des muscles droits. Huit points de suture métalliques. Hémorrhagie légère en nappe provenant de la muqueuse vésicale. Le malade se dit très considérablement soulagé.

Ablation des fils huit jours après; plus de douleurs, plus de faux besoins d'uriner, pas la moindre réaction du côté de la plaie.

12 décembre. L'orifice tendant à se rétrécir, on y fait passer, matin et soir, une sonde en gomme.

17 décembre 1889. Etat général excellent, le malade se lève pour manger. Aucune goutte d'urine ne passe par le canal.

Pendant les six premiers mois de l'année 1890, l'état se maintient aussi satisfaisant que possible. Mais, en juillet, les forces diminuèrent progressivement et le malade mourut « de cachexie sénile », sans complication, au mois d'août 1890.

Observation VIII (*Professeur Poncet, résumée*) (1).

Ch..., 72 ans, cultivateur à Reyrien, près Trévoux. Pas de syphilis, ni de blennorrhagie. A 55 ans, sciatique guérie au bout d'un mois.

(1) In thèse de Bonan. Lyon, 1892.

Il y a cinq ans, mixtions répétées devenant progressivement plus fréquentes et plus douloureuses, accompagnées d'efforts prolongés au début (15 fois dans le jour, 8 ou 10 fois la nuit).

Le 4 décembre 1889, brusquement rétention d'urine avec fièvre, agitation, etc. Un médecin n'osa pas le sonder et prescrivit des cataplasmes, des bains, des suppositoires, sans aucun résultat. Finalement, cathétérisme facile, répété les jours suivants, mais devenant de plus en plus fréquent.

En juin 1890, nouvelle rétention; cathétérisme violent avec uréthrorrhagie.

Quelque temps après, troisième accès de rétention. Un médecin ne peut sonder le malade qui, lui-même, dans la nuit suivante, se passa une sonde au moyen d'un mandrin métallique. Uréthrorragie consécutive. Depuis, le malade ne pouvait se sonder sans conducteur.

Les cathétérismes étaient pénibles et les soins de propreté n'étaient guère observés.

En avril 1892, souffrant toujours, épuisé par l'insomnie et les accès de fièvre, le malade se fit conduire à Lyon et entra à l'Hôtel-Dieu.

Cystostomie le 14 avril 1892. Position déclive. Injection de 350 grammes d'eau bouillie. Aucun accident opératoire. Incision vésicale de 15 millimètres. Deux fils métalliques sont immédiatement passés pour soulever chaque bord vésical qu'on amène ainsi au dehors. Dix points de suture; pas une seule ligature. Muqueuse rouge, vascularisée; col largement entr'ouvert, limité par un gros bourrelet prostatique circulaire, sans masse indépendante; vessie spacieuse.

Les fils sont enlevés le septième jour, le malade se trouve complètement soulagé et demande à sortir. Il est emmené par sa famille.

Le Dr Bonan le revoit chez lui le 8 mai, 24 jours après l'opération.

Etat général et appétit excellents, plaie cicatrisée, sauf un petit orifice. Les urines sont retenues pendant deux heures et le malade, qui se promène, sent le besoin d'uriner. On recommande le cathé-

térisme de l'orifice, deux fois par jour, avec une sonde en caoutchouc n° 14. La fièvre et les frissons ont complètement disparu.

Observation IX (*Professeur Poncet, résumée*) (1).

N..., 74 ans, cultivateur, à Saint-Chef (Isère), entre à l'Hôtel-Dieu le 29 mai 1890.

Depuis dix ans, dysurie avec pollakuirie nocturne. Se sonde depuis plusieurs années.

Depuis un mois, difficultés de plus en plus grandes de cathétérisme, perte de l'appétit.

Il y a huit jours, ne parvenant pas à se sonder, il fit appeler un médecin qui passa, mais en provoquant une uréthrorrhagie.

A son entrée, vessie pleine, distendue; cathétérisme impossible avec la sonde molle. Bouche et langue sèches, soif intense, miction par rengorgement.

Cystostomie le 30 mai 1890. Légère amélioration, mais la fièvre persiste.

Le 2 juin, température normale, mais langue sèche, soif intense, éclat somnolent. Le malade se fait ramener chez lui, où il meurt deux jours plus tard, cinq jours après l'opération.

Observation X (*Professeur Poncet, résumée*) (2).

M. D..., 75 ans, urine par regorgement depuis plusieurs mois et est atteint d'accidents dyspeptiques mal définis : langue sèche, pâteuse, pharyngite, amaigrissement, etc.

Le 9 décembre 1889, consultation des Drs Poncet, Scard et Vinay.

(1) In thèse de Bonan. Lyon, 1892.

(2) In thèse de Bonan. Lyon, 1892, p. 118.

On constate par le toucher une hypertrophie énorme de la prostate. Le cathétérisme, pas trop difficile, donne issue à un litre au moins d'urine claire, ammoniacale. Traitement général de l'intoxication, cathétérismes répétés suivant les besoins.

Le 15 décembre, l'état général est aggravé. Le soir, température de 38° à 39°. Polyurie; sondages difficiles, mal supportés. L'urine contient du sucre, de l'albumine et des globules de pus.

Etant donnée la gravité des symptômes généraux, M. Poncet pratiqua la cystostomie, le 17 décembre 1889, avec l'assistance des Drs Albertin, Scard et Vinay. Injection préalable de 2 à 300 grammes d'eau boriquée bouillie. Huit points de suture. Aucun accident opératoire.

Deux heures après, le malade est pris d'un accès de délire; la nuit fut mauvaise. Le lendemain, état comateux. Respiration stertoreuse. Phénomènes de Pheyne-Stokes. Mort par urémie dans les trente-deux heures.

Observation XI (*Professeur Poncet, résumée* (1).

D. F..., 69 ans, concierge, à Lyon. Chaudepisse à 18 ans; pas d'autres maladies. Douleurs vésicales remontant à 10 ou 12 ans; il y a quelques années, rétention brusque ayant cédé au cathétérisme.

Depuis, dysurie continuelle et douloureuse; polyurie diurne et nocturne (jusqu'à 46 mixtions la nuit!), dessiccation douloureuse. Entre à l'Hôtel-Dieu, le 20 mars 1890, avec rétention absolue et impossibilité du cathétérisme, fièvre, état général mauvais. Au toucher, prostate énorme.

Cystostomie. Amélioration passagère, fièvre persistante, malaises généraux, inappétence complète. Le malade meurt cachectisé le 21 mai 1890. L'autopsie n'a pu être faite.

(1) In thèse de Bonan. Lyon, 1892.

Observation XII (*Professeur Poncet, résumée*) (1).

Simon Ferlat, 78 ans, cultivateur. Troubles urinaires datant de deux ou trois ans. Début par mictions fréquentes, surtout nocturnes. Il y a 15 jours, rétention brusque complète, malgré tous les efforts du malade. Miction par regorgement. Le cathétérisme biquotidien devient très laborieux. Perte d'appétit, état général mauvais; urines claires.

Le 10 juin 1890, cathétérisme impossible, on constate des fausses routes. Deux ponctions hypogastriques. Le lendemain, température 39°; œdème, un peu de rougeur et de sensibilité des bourses et de la partie inférieure de la paroi abdominale. Langue sèche et noirâtre.

Cystostomie. Œdème et phlegmon sceptique du tissu cellulaire sous-cutané et prévésical.

Incision vésicale suivie d'issue en abondance d'une urine fortement colorée, ammoniacale.

Prostate volumineuse, sans saillie indépendante. Six points de suture.

Le 13 juin 1890, le malade se sent mieux. Mais, pouls un peu rapide, température toujours élevée, soif vive, langue noirâtre.

16 juin. Etat général amélioré, retour de l'appétit, langue moins sèche; presque pas de fièvre. Le malade demande sa sortie. On apprit depuis qu'il avait eu des accidents septicémiques auxquels il a succombé deux ou trois jours après son arrivée dans son pays, huit jours après l'opération.

(1) In thèse de Bonan, Lyon, 1892, p. 120.

Observation XIII (1).

Claude G..., 67 ans, cultivateur, à Larajasse (Rhône), d'une bonne santé habituelle. Les accidents urinaires remontent à dix ans. Début par dysurie, progressivement croissante, écoulement goutte à goutte, pollakiurie très prononcée (20 à 30 mictions par 24 heures).

En 1887, première rétention brusque, avec phénomènes généraux graves, cédant par le cathétérisme; depuis, sondage biquotidien. Hématuries intermittentes qui furent graves en 1887 et pour lesquelles il fut traité dans le service du professeur Tripier. Depuis quatre semaines, les urines sont épaisses, troublées, ammoniacales. Douleurs très vives dans le bas-ventre, sommeil pénible, soif intense, accès fébriles. Prostate énorme, impossible à délimiter avec le doigt. En somme, état général très grave.

Cystostomie suivant les règles habituelles ; débridement de quatre millimètres sur chaque grand droit. Incision vésicale de 15 millimètres, après injection de 250 grammes d'eau bouillie. Paroi vésicale de quatre millimètres. Muqueuse rouge carminé, saigne facilement. Prostate énorme faisant une saillie de trois à quatre centimètres. Pas de tumeur indépendante; vessie peu distendue.

La cicatrisation a été un peu longue, néanmoins le malade a complètement guéri.

Observation XIV (*Professeur Poncet, résumée*) (2).

A. S..., 66 ans, marteleur, sans antécédents vénériens, tuberculeux ou alcooliques, a toujours eu une santé robuste, à part des

(1) In thèse de Bonan. Lyon, 1892, p. 121 et 122.
(2) In thèse de Bonan. Lyon, 1892.

accès de fièvre intermittente pendant trois ou quatre mois, il y a vingt ans.

En 1880, apparurent des troubles de la mixtion : difficulté d'uriner avec envies fréquentes (10 à 12 fois par 24 heures). Douleurs profondes, irradiées au gland. Jamais d'hématurie, jamais de graviers. Quelquefois, interruption du jet, qui diminua rapidement de force et de calibre. Urines troubles et épaisses ; douleurs dans les reins.

En 1881, à l'Hôtel-Dieu, on lui pratiqua six lithotrities après des séances de dilatation. La santé fut bonne pendant quelques mois. Mais, en septembre 1881, les symptômes précédents réapparurent et s'aggravèrent jusqu'en mars 1892. Le 14 mars, une exploration vésicale avec l'instrument de Thomson ne révèle rien d'anormal ; aucune sensation de corps étranger. Prostate très grosse. On propose la cystostomie, qui est acceptée.

Anesthésie, élévation du siège, injection intra-vésicale de 200 grammes d'eau boriquée bouillie.

Incision de sept centimètres sur la ligne médiane. Paroi épaisse ; vessie difficilement accessible.

L'index introduit par l'ouverture vésicale sent une prostate volumineuse comme un gros œuf de poule.

Pas de calcul. Suture des bords de l'incision vésicale à la peau.

Suites des plus simples. Le malade sort content dix jours après. Depuis l'incontinence est intermittente ; mais le conduit hypogastrique, un mois après l'opération, ne semble pas suffisamment cicatrisé pour l'adaptation d'un appareil quelconque.

Observation XV (*Dr Jaboulay, résumée*) (1).

Antoine C..., 73 ans, cultivateur, de bonne santé habituelle, fut pris, il y a trois ans, de rétention complète, qui guérit. Depuis, des troubles urinaires notables s'établirent : mictions fréquentes, péni-

(1) In thèse de Bonan. Lyon, 1892, p. 127.

bles, douloureuses ; insomnie, amaigrissement, affaiblissement général.

Le 7 avril 1892, rétention brusque, ne cédant que le lendemain à un cathétérisme facile.

Les jours suivants, cathétérisme deux fois par jour, suivi d'uréthrorrhagie.

Le 19 avril 1892, le malade entre à l'Hôtel-Dieu, où le cathétérisme resta impraticable.

Le 20 avril, M. Jaboulay pratiqua la cystostomie suivant le procédé de M. Poncet. Soulagement immédiat et complet. Dix jours après, les fils sont enlevés; le malade est dans un état excellent. On commence la dilatation du conduit. Les urines sont retenues pendant deux heures.

« Trois semaines après l'opération, nous constatons, dit M. le Dr Bonan, que le conduit a une direction légèrement oblique de haut en bas. Son orifice externe est à un pouce au-dessus de la symphyse; la longueur du trajet semble avoir de trois à trois centimètres et demi. Cicatrice légèrement déprimée en entonnoir.

« Quand le malade est debout, la rétention est complète à l'aide d'une cheville droite et courte, maintenue par un bandage provisoire. Quand il est couché, l'incontinence est également arrêtée sans le secours de la cheville que le malade retire alors, et rien que par le fait de l'adhérence spontanée des bords du méat hypogastrique. »

Observation XVI. — *(Professeur Poncet, résumée)* (1).

J.-B. P..., 68 ans, charron, entre à l'Hôtel-Dieu, de Lyon, le 7 mars 1889, avec une rétention complète datant de quatre jours et un état général très grave. On fit une ponction, mais on ne retira pas une goutte d'urine. Au toucher rectal, prostate énorme surtout

(1) In thèse du Dr Bonan, Lyon, 1892,

dans son lobe droit. Double hernie inguinale ; petite hernie crurale. La peau du pubis et au-dessus a une teinte rouge inflammatoire. Pas de vomissements. La percussion ne révéla pas la présence de la vessie.

Cystostomie le 8 mars 1889. « On tombe dans une cavité d'où s'écoule un liquide ammoniacal, d'un noir foncé ; le doigt, introduit dans la profondeur de la plaie, ne reconnaît pas la vessie, mais un foyer de péritonite. Il s'agit très probablement d'une perforation de la vessie. Mort trois jours après. »

A l'autopsie, on trouva de la péritonite suppurée ; la vessie, petite, revenue sur elle-même, présentait en arrière une large perforation. La prostate, énorme, avait un lobe moyen pédiculé du volume d'un œuf de poule.

Remarque. — Nous avons résumé cette Observation, parce qu'elle est donnée par le Dr Bonan comme une Observation de cystostomie. En réalité, il s'agit de l'ouverture d'un abcès, ou plutôt d'une infiltration d'urine et pas du tout d'une opération réglée ; aussi ne devons-nous pas la comprendre dans la statistique des cystostomies, ni considérer le décès comme imputable à l'intervention.

Observation XVII. — (*Professeur Poncet, résumée*) (1).

M..., 75 ans, très amaigri à la suite de troubles urinaires remontant à de longues années. Prostate volumineuse.

Cystostomie le 2 avril 1890. Vessie globuleuse, contractée, située profondément. Pas d'injection ni de ballon rectal. Le péritoine descend jusqu'au pubis et y adhère ; il adhère également à la face antérieure de la vessie (péricystite). La ponction donne issue à un liquide purulent, fétide, avec des fausses membranes. La vessie est suturée par huit points au bord de la plaie.

(1) In thèse du Dr Bonan, Lyon, 1892.

Mort le 4 avril 1890, deux jours après l'opération, et à l'autopsie on trouve de la pyélo-néphrite suppurée.

Le malade, depuis quelques mois, avait des urines purulentes ; il était obligé de se sonder toutes les demi-heures, et le cathétérisme était devenu très difficile, lorsque le patient se décida à entrer à l'hôpital.

Observation XVIII. — (*Professeur Poncet, résumée*) (1).

Cl..., 73 ans, rue de l'Hôtel-de-Ville, à Lyon, était atteint de rétention d'urine par hypertrophie prostatique.

La veille de l'opération, on tenta le cathétérisme, mais on ne put pénétrer dans la vessie et les manœuvres furent suivies d'uréthrorrhagie abondante.

Opération le 15 avril 1890. La couche adipeuse sous-cutanée est très abondante ; on n'arrive à sentir le pubis qu'après avoir incisé la peau et la couche sous-cutanée. Incision de 8 centimètres ; pas de ligatures. L'ouverture de la vessie donne issue à un énorme jet d'urine ammoniacale. Réunion de la vessie à la peau par six points de suture métalliques. Mort le 19 avril. Autopsie impossible.

« M. Poncet note, dans cette opération, que pour éviter dans ces plaies infinidébuliformes de déchirer les bords de la vessie avec les fils, il faut faire la suture de dehors en dedans, de la peau à la vessie. »

Observation XIX (2).

Bl..., 77 ans, macon, a eu plusieurs rétentions d'urine. Il entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 24 janvier 1892. Le 27 janvier on pratique

(1) In thèse du Dr Bonan, Lyon, 1892.
(2) In thèse de Bonan, Lyon, 1892.

la cystostomie. Injection préalable de 250 à 300 grammes de liquide.

La vessie est reconnue facilement ; le péritoine est refoulé en haut. Suture préalable par huit points aisément appliqués avant la ponction de la vessie. Celle-ci est alors facilement attirée au dehors. Incision et introduction du doigt. La prostate est très volumineuse et fait une très forte saillie dans la cavité vésicale. Mort le lendemain, 28 janvier. A l'autopsie, empoisonnement urinaire aigu. Lésions rénales.

Observation XX (1).

X..., 75 ans, gros et très fort, entre avec une rétention datant de vingt-quatre heures ; la vessie remonte à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Tentatives inutiles de sondages suivies d'uréthrorrhagie, par le malade lui-même et par un médecin. Une nouvelle tentative, suivie d'uréthrorrhagie, montre que la sonde s'engage dans des fausses routes.

Cystostomie le 1er juillet 1889. — Urines d'abord claires, puis sanguinolentes, ammoniacales. Huit points de suture. Muqueuse rouge et vasculaire. — Grands lavages de la plaie et de l'urèthre.

Mort le 7 juillet. A l'autopsie, pas de péritonite, ni d'infiltration d'urine. Profondes fausses routes dans le bulbe du l'urèthre, formant foyers septiques. Lésions des bassinets et des reins. Le prostate pesait 180 grammes et présentait un développement énorme des lobes latéraux.

(1) In thèse de Bonan, Lyon, 1892.

Observation XXI (1).

Fr..., 73 ans, se sondait depuis un certain temps. Le cathétérisme était devenu difficile. Huit jours avant l'entrée du malade, un sondage pratiqué à la campagne avait été suivi d'uréthrorragie. Depuis, des sondes, même de très petit calibre, passaient très difficilement ; enfin, la veille de l'entrée, rétention complète.

Le 16 septembre 1890, des tentatives de sondage, faites avec douceur, s'accompagnent d'hémorrhagie.

Du 16 au 23 septembre, on pratique des ponctions aspiratrices. L'opération est proposée et acceptée.

La cystostomie est faite, le 23 septembre 1890, sans aucun incident opératoire. La vessie remontait jusqu'à l'ombilic. L'ouverture, au voisinage du sommet, donne issue à un litre et demi environ d'urine fétide. Les parois vésicales étant friables, il est nécessaire de prendre dans les sutures une certaine largeur des bords de la vessie. Huit points de suture et lavage. Le malade sort guéri.

M. Poncet a reçu à diverses reprises de ses nouvelles, puis le perdit de vue pendant l'année 1891. Le malade succomba à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 25 janvier 1892, sans qu'on ait pu déterminer la cause de la mort.

Observation XXII (2).

M. Z..., 69 ans. — Prostate énorme. Impossibilité de cathétérisme, car il existe un rétrécissement.

Cystostomie le 2 avril 1890. — Débridement de chaque droit antérieur à ras du pubis. On arrive facilement sur une vessie distendue. Par une incision de 2 à 3 centimètres, on sent avec le doigt

(1) In thèse de Bonan, Lyon, 1892.
(2) In thèse de Bonan, Lyon, 1892.

une grosse tumeur, ayant la forme d'un col utérin et le volume d'au moins une petite orange.

Le malade quitte l'hôpital au bout de trois semaines. On n'a pu avoir sur lui de renseignements complémentaires.

Observation XXIII (1).

L..., 67 ans, cultivateur. Depuis dix ans, difficultés croissantes d'uriner; trois accès de rétention, dont le dernier nécessita une ponction aspiratrice, à l'hôpital.

Il entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 23 janvier 1890. L'avant-veille, rétention complète; tentative de cathétérisme violente, mais inutile et accompagnée d'uréthrorragie ; le malade arrive souillé de sang. On pratique une ponction aspiratrice, qui donne issue à des urines claires, contenant des traces de sang.

Cystostomie le 24 janvier. Aucune réaction générale ni locale. Le malade sort en bon état le 29. Pas de renseignements ultérieurs.

Observation XXIV (2).

P..., 68 ans, fut envoyé, en avril 1888, à M. Poncet, par le Dr Preneux, de Chaponost. « Le malade se trouvait dans le coma et n'avait que quelques heures à vivre par suite de l'urémie consécutive. »

Il avait, quelques années auparavant, fait un séjour à l'Hôtel-Dieu de Lyon pour une rétention d'urine. Mais on s'était contenté alors, de ponctionner la vessie. L'urine avait ensuite repris son cours normal.

(1) In thèse de Bonan, Lyon, 1892.
(2) In thèse de Bonan, Lyon, 1892.

De temps en temps, il fallait recourir au cathétérisme ; peu à peu les difficultés augmentèrent ; les sondages ne se faisaient plus qu'avec des sondes de petit calibre et étaient presque chaque fois suivis d'uréthrorrhagie.

M. Poncet pratiqua la cystostomie d'urgence. Quelques jours après le malade voulut retourner dans sa famille et ne prit aucune précaution, ni du côté de son canal, ni du côté de la plaie. Il ne voulait plus entendre parler de la sonde et ne fit rien pour diminuer l'incontinence.

Il mourut, deux ans après, en janvier 1890, de cystite purulente.

Observation XXV (1).

Benoît G..., 81 ans. Pas de blennorrhagie, pas d'alcoolisme ; ne travaille plus depuis dix ans.

Depuis quinze mois, mictions nocturnes fréquentes (5 ou 6). Efforts souvent infructueux, urines toujours claires.

Le 7 juin 1891, dans la nuit, le malade fut pris de rétention, et le lendemain, un médecin put passer une sonde en gomme. Une deuxième tentative fut sans résultat et provoqua une hémorrhagie. Le malade fut alors envoyé à l'Hôtel-Dieu de Lyon, où il entra le 12 juin 1891. La rétention durait depuis quarante heures ; le cathétérisme fut essayé sans résultat et l'on pratiqua deux ponctions aspiratrices. La rétention persistant, M. Poncet fit une cystostomie. L'incision de la vessie, très distendue, donna issue à une grande quantité d'urine couleur café. Six points de suture.

Le lendemain, le malade se trouve très bien. Il a passé une bonne nuit. Fièvre légère.

Cinq jours après, on enlève les fils ; l'état est excellent et bientôt le malade quitte l'hôpital.

Ultérieurement, l'incontinence disparut et fit même place à la rétention, car le malade éprouva de nouveau une grande difficulté

(1) In thèse de Bonan, Lyon, 1892.

à uriner aussi par le méat sus-pubien, « et il était obligé d'écarter avec les doigts les lèvres de son ancienne plaie pour faciliter l'écoulement des urines. »

Observation XXVI (1).

X..., cultivateur, 68 ans. Depuis plusieurs années, difficultés d'uriner ; depuis un an, cathétérisme régulier, devenu laborieux et provoquant des hémorrhagies. Il y a un mois, rétention ayant cédé à des bains répétés. Sensibilité extrême de l'urèthre depuis cette rétention. Quelques frissons.

La cystostomie est pratiquée le 25 décembre 1890 et le malade sort guéri de ses accidents quinze jours après l'intervention.

Observation XXVII (2).

M. C..., 62 ans, a subi il y a trois ans plusieurs séances de lithotritie. Depuis un an, il a été repris de pesanteur au périnée, d'envies fréquentes d'uriner, et, de temps à autre, d'hématurie.

L'exploration vésicale, répétée à intervalles, ne révèle pas de calcul. Au toucher rectal, grosse prostate. Urines troubles à la fin de la miction, sans sucre ni albumine.

Pas d'amélioration par le repos, les lavages et le traitement général. M. Poncet, pensant peut-être trouver un calcul, pratique la taille sus-pubienne. L'opération ne présente aucune particularité ; on ne trouve pas de calcul, mais on sent une prostate énorme. La vessie est alors suturée à la peau.

A partir de ce moment, les douleurs disparaissent complètement

(1) In thèse de Bonan, Lyon, 1892.
(2) Idem.

et le malade se lève le douzième jour. Il est porteur d'un urèthre contre-nature et conserve son urine de quarante à cinquante minutes.

Observation XXVIII. — (*M. Gangolphe*) (1).

Le 29 avril 1892, on apporta, dans le service Saint-Pothin, un vieillard de 72 ans, atteint d'hypertrophie prostatique et présentant un état général grave, en même temps qu'une rétention d'urine absolue. Les quelques renseignements qu'il put fournir nous apprirent que depuis longtemps déjà il était gêné. Pour combattre cette dysurie, il faisait journellement usage d'un long fil de fer terminé par une sorte de bouton en os.

Depuis quelques jours, ce mode de cathétérisme est devenu insuffisant; des hémorrhagies abondantes se sont produites par l'urèthre, l'urine ne sort plus, les douleurs sont devenues très vives. Au surplus, le malade, qui exerce la profession de portefaix, est alcoolique, et certainement a dû vivre dans la misère. Notre interne, M. Perriol, l'examina lors de son entrée et constata une rétention d'urine complète avec distension de la vessie qui remontait jusqu'à l'ombilic; le toucher rectal révélait une tuméfaction douloureuse considérable de la prostate; le cathétérisme était extrêmement difficile, faisait souffrir le malade et déterminait des hémorrhagies. Du reste, la petite sonde, qui avait pu être péniblement introduite dans la vessie, ne donne que quelques gouttes d'urine. M. Perriol pratiqua d'urgence la ponction aspiratrice. L'urine était horriblement fétide et très trouble.

Le lendemain, lorsque nous l'examinâmes, la rétention était tout aussi complète; la vessie était sensible à la palpation. Le toucher

(1) Communication à la Soc. des Sc. méd. de Lyon, 11 mai 1892, cité par Bonan.

rectal nous donna des indications bien différentes de celles qu'il avait fournies la veille.

La prostate ne paraissait guère excéder ses dimensions normales, alors que douze heures avant elle atteignait le volume d'un gros œuf. L'explication de ce fait était facile ; un écoulement purulent, abondant et uréthral, écoulement qui avait souillé et infecté les draps et la chemise du malade, conduisait tout naturellement à cette idée que nous avions affaire à une hypertrophie prostatique compliquée de prostatite suppurée et vidée dans l'urèthre.

L'exploration du canal à l'aide d'une sonde, même de petit volume, révélait la difficulté excessive du cathétérisme ; celui-ci ne pouvait, au surplus, être évacuateur, car l'urine s'écoulait très difficilement. Ajoutons enfin qu'une sensation de corps rugueux, fournie par les mouvements de va-et-vient de la sonde en gomme, permettait de songer à l'existence de concrétions phosphatiques ou d'un corps étranger.

L'état général était des plus graves. Nous nous décidons séance tenante à faire la cystostomie.

Nous ne croyons pas utile d'insister sur les détails de l'opération ; nous n'avons pas employé le ballon de Petersen, et nous pensons même que son usage peut être dangereux à cause de la distension de la vessie et de la friabilité de ses parois. Quant aux différents temps opératoires, ils ne présentaient rien de bien spécial ; toutefois, les assistants furent, comme nous, frappés de l'aspect blanchâtre, livide des muscles, et ensuite de la coloration verte et gangreneuse du tissu cellulaire prévésical. Ce changement de coloration était d'autant plus appréciable qu'il contrastait absolument avec l'aspect beurre frais habituel des lobules graisseux de cette région.

La vessie incisée fut fixée à la paroi ; il s'écoula une urine purulente extrêmement fétide ; le doigt, introduit dans la cavité, nous démontra la présence d'un corps etranger volumineux, de 5 à 6 centimètres, qu'il fut facile de retirer avec une pince. Comme vous le voyez, c'est un fragment de l'étrange instrument inventé par nôtre malade.

Nous ignorons depuis combien de temps il séjournait dans la vessie ; il était entouré d'une coque phosphatique d'environ 4 à 5 millimètres d'épaisseur.

Des lavages abondants à l'eau boriquée froide, débarrassèrent la vessie de son contenu purulent.

Les tubes de Périer, fixés à la plaie par un point de suture, furent établis et fonctionnèrent très bien. Aucune suture ne fut faite à la partie supérieure de la plaie à cause de l'aspect gangréneux du tissu cellulaire.

Pendant une huitaine de jours, on maintint les tubes de Périer et on fit des lavages abondants deux fois par jour pour entraîner les débris amoncelés et purulents qui obstruaient la plaie. Actuellement, six semaines après la cystostomie, le malade urine dans son pansement et se trouve dans un état assez satisfaisant.

En résumé, la cystostomie a certainement préservé cet homme d'une mort imminente.

Ce n'est pas sur un fait que l'on peut juger une méthode, mais il nous a paru utile de le faire connaître, précisément à cause des conditions exceptionnellement graves dans lesquelles il a été observé.

A notre avis, la cystostomie doit être pratiquée toutes les fois que le cathétérisme est impossible ou s'accompagne de douleurs intolérables, d'hémorrhagies abondantes et faciles, ou de fièvre intense ; à plus forte raison s'il existe des complications tels que calculs, corps étrangers, prostatite suppurée.

C'est évidemment un moyen dont l'emploi sera assez rarement indiqué, mais qui permettra de sauver des sujets abandonnés jadis à leur malheureux sort.

L'emploi du ballon de Petersen est inutile et constituerait peut-être un danger si la vessie est quelque peu friable.

Les ponctions capillaires ne sont pas inoffensives ; nous avons surpris, pour ainsi dire, un phlegmon gangréneux au début de son évolution.

En pareil cas, la taille permet à la fois le débridement du foyer et l'évacuation facile de l'urine. Il ne faut pas faire de réunion ; on

place seulement un ou deux points de suture pour consolider la partie supérieure de la plaie et éviter l'éventration immédiate.

A la fin de mai, le Dr Bonan vit le malade et constata l'existence d'un orifice hypogastrique un peu déprimé, donnant constamment issue à l'urine. Le conduit était légèrement oblique de haut en bas et mesurait environ 3 centimètres de longueur.

Les cinq premières Observations de M. le professeur Poncet, ont été publiées par lui lors de sa première communication sur la cystostomie à la Société médicale de Lyon, le 4 février 1889. Voici la première de ces Observations, celle que citait le Dr Hassan dans sa Thèse (1) :

Observation XXIX. — (*Professeur Poncet*).

« Au mois d'avril 1888, on m'apporta à l'Hôtel-Dieu un vieillard atteint de rétention complète d'urine remontant à trois jours. La peau de la verge, le scrotum étaient teintés de sang, et ces souillures, en dehors de quelques renseignements fournis par le malade, nous indiquaient nettement que des tentatives de cathétérisme avaient été faites et qu'une fausse route rendait le passage d'une sonde dans la vessie encore plus difficile. Il ne nous fut pas possible, en effet, avec des sondes de calibre et de formes diverses, de franchir le col vésical. Le malade était dans un état d'angoisse extrême ; le cathétérisme, très douloureux, s'accompagnait d'uréthrorrhagie. Après quelques tentatives inutiles, je n'insistai pas, car je me trouvais en présence d'un prostatique avec fausse route. Le passage de la sonde dans la vessie d'un tel malade ne simplifiait pas beaucoup la conduite à tenir. Fallait-il, en effet, laisser une

(1) Hassan, Th. de Montpellier, 1888, et *Lyon medical*, 10 février 1889.

sonde à demeure ou recourir, quatre ou cinq fois dans les vingt-quatre heures, à des manœuvres difficiles et d'autant plus dangereuses qu'elles devaient être pratiquées par des mains différentes ? J'avais alors le choix, pour vider la vessie, entre la ponction aspiratrice et la ponction sus-pubienne avec le trocart courbe, la canule étant laissée à demeure. Ces deux moyens me parurent insuffisants, dangereux, et je pratiquai la taille sus-pubienne, dont le dernier temps fut la suture, par des points rapprochés, des lèvres de la vessie avec les bords de la plaie abdominale. Les suites opératoires furent des plus simples : l'urine s'écoulait facilement et complètement par ce nouvel urèthre. Lorsque le malade quitta l'Hôtel-Dieu, trois semaines après l'opération, rien ne passait encore par le canal ; l'ouverture vésicale, qui s'était notablement rétrécie, donnait passage à toute l'urine, l'état général du malade était excellent et nous n'avons pu le retenir à l'Hôtel-Dieu, très désireux cependant de rétablir le cours normal de l'urine. Nous avons eu de ses nouvelles ces jours-ci par son médecin : il continue de se bien porter, mais l'urine, nous a-t-on dit, s'écoule en grande partie par la fistule urinaire sus-pubienne. »

Observation XXX (*Professeur Poncet, Résumée*).

Le malade fut apporté agonisant ; température élevée, agitation avec délire constant, lèvres sèches, fuligineuses, teint jaune sale, terreux, etc. Nous n'avions sur lui aucun renseignement ; nous fûmes mis sur la voie du diagnostic par le sang qui tachait sa chemise et la partie interne des cuisses. La vessie ne remontait pas très haut au-dessus du pubis, mais elle était manifestement distendue ; le passage d'une sonde était impossible. Je pratiquai la cystostomie. Ainsi que tout le faisait supposer, ce malade succomba 48 heures après l'opération, emporté par l'intoxication urinaire dont il était atteint.

A l'autopsie, on constata deux fausses routes ; le lobe droit plus

hypertrophié, était comme tuméfié et l'urèthre déchiré au niveau du bulbe.

Observation XXXI (*Professeur Poncet, Résumée*).

Le 26 mai 1892, l'auteur fut appelé par le docteur Charvet, de Chazay, près d'un prostatique atteint de rétention complète d'urine se montant à dix jours. Le cathétérisme était impossible et l'on avait dû plusieurs fois recourir à la ponction hypogastrique. — Cystostomie d'emblée.

Observation XXXII (*Personnelle*).

Nous devons cette Observation à l'extrême obligeance de M. le professeur Poncet et nous le prions d'agréer ici, une fois de plus, l'expression de toute notre gratitude.

M. L. G..., ancien juge, à Lyon, âgé de 78 ans, présentait depuis 7 à 8 ans, des accidents divers du prostatisme, accidents qui allèrent en augmentant de plus en plus. A la suite, notamment, d'un accès de rétention d'urine, M. L. G... fut obligé de recourir définitivement au cathétérisme pour évacuer sa vessie.

Depuis 15 mois, le malade souffre de plus en plus, et ses urines, autrefois claires et sans odeur, ont subi de notables modifications. Les envies d'uriner sont devenues très fréquentes et nécessitent en moyenne 15 ou 20 sondages dans les vingt-quatre heures. Les urines sont fétides, ammoniacales, de coloration noirâtre plus ou moins foncée ; l'amaigrissement est très prononcé et le malade présente tous les symptômes de la cachexie urinaire. C'est alors que M. Poncet fut appelé et qu'il pratiqua, le 27 mai 1892, la cystostomie sus-pubienne, en présence de M. le professeur Rollet.

La vessie à parois épaissies avait une muqueuse saignante, tapis-

sée deci, delà d'un enduit calcaire. C'était un véritable égout rempli de détritus. Le malade se remit promptement; quatre mois après l'opération, il avait engraissé de 7 kilogrammes et repris sa vie habituelle. L'incontinence d'urine était à peu près complète et nécessitait le port d'un urinal.

Au mois d'octobre 1892, de temps à autre, douleurs vésicales et légères hématuries par le nouveau méat. Je pense à la présence d'un ou plusieurs calculs, qui auraient passé inaperçus lors de la première opération, et je proposai au malade d'explorer à nouveau sa vessie.

Le 17 novembre 1892, anesthésie et débridement du nouvel urèthre pour permettre l'introduction de l'index dans la vessie. J'extrais 5 calculs à noyau d'acide urique du volume d'un gros pois à une petite amande.

Une inspection minutieuse du réservoir révèle une transformation complète de cet organe : la muqueuse est lisse et saine, elle ne présente plus de fongosités ni d'ulcérations appréciables au doigt. Cet organe de vieillard est devenu une vessie de jeune homme. L'opéré, qui s'est remis promptement, jouit toujours d'une parfaite santé ; aujourd hui, 12 avril 1893, il est méconnaissable par son embonpoint et sa superbe apparence.

Il s'agit, en somme, dans la seconde opération, d'une sorte de nécropsie d'un cystostomisé vivant.

Observation XXXIII (*Professeur Tillaux, personnelle*).

Le nommé Jean-Baptiste C..., âgé de 70 ans, cultivateur, entre à la Pitié, salle Michon, nº 3, le 29 janvier 1893.

Le malade s'est toujours bien porté jusqu'à il y a trois ans, époque à laquelle il s'aperçut de difficultés pour uriner. L'urine mettait longtemps à venir et chaque miction était précédée d'efforts de plus en plus considérables. Depuis deux ans, le malade était obligé de se lever la nuit deux ou trois fois pour uriner, et dans le jour

ressentait l'envie toutes les deux heures. Il y a 18 mois, il fut brusquement pris un matin de rétention d'urine ; un médecin pratiqua le cathétérisme avec une sonde en caoutchouc rouge, facilement et sans hémorrhagie. Le lendemain l'urine avait repris son cours ; mais les envies restèrent fréquentes, et finalement s'accompagnèrent de douleurs, il y a trois semaines environ.

Il entra à la Pitié pour une rétention d'urine datant de 48 heures, avec un mauvais état général : langue et lèvres sèches, soif vive, etc. Le cathétérisme avait été essayé en ville, mais n'avait eu pour résultat que de faire saigner le canal. Le jour de son entrée, M. Tillaux pratique le cathétérisme avec, suivant son habitude, une sonde métallique de calibre ordinaire et arrive d'emblée dans la vessie ; il s'écoule une certaine quantité d'urine sanglante, sans odeur notable. — On ne trouve pas de calcul. On remplace la sonde métallique par une sonde de Nélaton, qui pénètre facilement, et on fait un lavage vésical avec l'eau boriquée. Le malade se trouve immédiatement soulagé. — Le soir, cathétérisme assez difficile avec une sonde en gomme qu'on laisse à demeure ; issue d'urine sanglante.

Le 30 et 31 janvier, la sonde fonctionne bien, mais le malade souffre et se voit obligé de vider sa vessie très fréquemment. Dans la nuit du 31 janvier au 1er février, les douleurs devinrent si intenses que le malade retira sa sonde.

Le 1er février au matin, le malade se plaint beaucoup ; il n'a pas uriné depuis quelques heures et cependant les envies sont incessantes. On introduit une sonde en gomme qui passe facilement et donne issue à une petite quantité de liquide sanglant, puis tout écoulement cesse sans que le patient se trouve soulagé. On pousse alors par la sonde une injection d'eau boriquée à 40 0/00, pour déboucher l'instrument que l'on croit obstrué par des caillots. L'injection pénètre mais ne sort pas. On pratique l'aspiration au moyen de la seringue et on arrive à déboucher la sonde qui donne issue à une assez grande quantité de liquide noirâtre.

La sonde est laissée à demeure ; mais dans la journée elle ne fonctionne pas et le malade souffre beaucoup.

Le soir, on débouche la sonde par aspiration et l'on fait un grand lavage à l'eau boriquée.

Le 2 février au matin, mêmes difficultés dévacuation d'une urine sanglante ; le malade n'avait pas dormi de la nuit, les souffrances étaient très grandes ; on change la sonde et on en met une autre à demeure, malgré la demande du malade, qui prétend ne pas pouvoir la supporter.

Dans la journée, vers une heure de l'après-midi, la sonde n'avait pas fonctionné ; les besoins d'uriner étaient incessants.

L'interne de garde appelé, fait une ponction hypogastrique aspiratrice, mais ne retire que peu de liquide.

Soulagement momentané du malade. On n'arrive pas à placer la sonde et les manœuvres provoquent une uréthrorrhagie assez abondante.

Le soir, l'interne de service place la sonde au moyen du mandrin et fait un lavage boriqué.

Le 3 février, évacuation difficile de l'urine sanglante, douleurs violentes, agitations.

La nuit est très mauvaise ; au matin, le malade ne pouvant plus supporter la sonde, la retire.

Le 4 février, en présence des accidents mentionnés plus haut, des difficultés du cathétérisme et des douleurs intenses, M. le professeur Tillaux pratique la cystostomie. La température avant l'opération est de 38°2.

Le malade est endormi et placé sur le lit ordinaire, sans inclinaison. La vessie distendue remonte à quatre travées de doigt au-dessus du pubis. Par une incision verticale médiane de sept centimètres, on arrive très rapidement sur la face antérieure de la vessie après avoir refoulé en haut le péritoine, qui, d'ailleurs, était déjà suffisamment décollé de la paroi. La ponction du réservoir se fait au milieu de la face antérieure et donne issue à un flot d'urine foncée, à odeur ammoniacale, et contenant des flocons blanchâtres. Le doigt introduit dans la vessie par la boutonnière, ne trouve pas de tumeur, mais reconnaît une prostate hypertrophiée dans sa totalité et présentant la forme d'un museau de tanche,

avec, au centre, l'orifice du col vésical. — Pas de calculs ni de corps étrangers.

Après une large irrigation du champ opératoire avec la solution boriquée, les bords de la plaie vésicale sont suturés aux bords de la plaie cutanée par six fils de soie plate n° 4 (de T. Leclerc), 3 de chaque côté, et la plaie cutanée elle-même est rétrécie par trois points au crin de Florence. M. Tillaux place les tubes de Périer et un pansement iodoformé recouvert d'une épaisse couche d'ouate de bois au sublimé.

En se réveillant, le malade se trouve très soulagé ; néanmoins, il accuse une légère sensation de gène. Le pansement est renouvelé toutes les deux heures. Le soir, on fait un lavage à l'eau boriquée. Il n'y a pas de douleurs. Température, 37°5.

5 février. La nuit a été bonne ; le malade a dormi quatre heures, ce qui ne lui était pas arrivé depuis huit jours. Pas de douleurs. — Température du matin, 36°8. — Les tubes fonctionnent, mais l'urine passe aussi en grande partie entre les tubes et les bords de l'orifice. Le pansement est renouvelé.

Le soir, température, 37°6. — Les tubes ont été chassés de la vessie ; on les remet en place et fait un lavage. — Le malade se plaint d'une gène de la respiration : râles fins aux deux bases. Ventouses sèches ; potion de Todd avec 4 grammes d'extrait de quinquina.

6 février. La nuit n'a pas été mauvaise, le malade a dormi pendant trois heures à deux reprises différentes, mais il a eu du délire et de l'agitation. — Température du matin, 38°, gène de la respiration ; légères douleurs dans la région des reins ; on trouve les tubes dans le pansement. — L'orifice est très rétréci et n'admet plus à frottement qu'un seul tube. — Lavage boriqué de la vessie et du canal, râles nombreux aux deux bases. Ventouses et potion de Todd, bouillon, lait. Le soir, douleurs nulles, température, 37°5. — Le tube est encore tombé ; on le remet en place. — Lavages boriqués.

7 février. Température, 37°2. — Légères douleurs intermittentes ; douleur à la pression au niveau du rein gauche.

Urines un peu troubles ; lavage boriqué et ablation du tube, qui d'ailleurs avait été chassé. — Pansement avec la ouate de bois au sublimé. — L'orifice est très rétréci. — Etat pulmonaire stationnaire. — On fait asseoir le malade dans la journée. — Le soir, température, 38°1 ; dyspnée, agitation.

8 février. Température du matin, 38°. — Facies terreux, amaigri. L'incontinence n'est pas absolue, car après la levée du pansement, une sonde de caoutchouc n° 18, introduite à frottement dans l'orifice, à deux centimètres de profondeur, donne issue à 30 grammes environ d'urine sale, purulente. — Lavage boriqué. — Dans la journée, diarrhée. Température du soir, 38°.

9 février. Nuit agitée, soif vive, mais pas de douleurs vésicales. Dyspnée légère. — Diarrhée et incontinence des matières, langue sèche. — Température du matin, 37°. — Le soir, l'état général devient plus grave ; le malade présente l'aspect des cachectiques urinaires. — Température du soir, 37°8. — La nuit est très agitée et le malade meurt le 10 février, à quatre heures du matin.

L'autopsie faite 30 heures après la mort démontre l'existence de la congestion pulmonaire et de la pyélo-néphrite suppurée. Au point de vue local, voici ce que l'on trouve sur la pièce enlevée par ischio-pubiotomie bilatérale :

La vessie, de forme cylindro-conique, à parois épaisses, était reliée à l'orifice cutané par un cordon de un centimètre de diamètre et long de deux centimètres et demi. Ce cordon s'étendait du centre de la paroi antérieure de la vessie, à l'orifice situé exactement sur la ligne médiane, immédiatement au-dessus du pubis ; il était dirigé obliquement de bas en haut et d'arrière en avant, présentait une forme aplatie transversalement et traversait l'interstice des muscles droits de l'abdomen.

Le tissu cellulaire prévésical et celui qui entourait le nouveau canal, étaient complètement sains et ne présentaient pas la moindre trace d'infiltration d'urine ou de foyer septique quelconque, pas même d'hémorrhagie.

Mais on pouvait constater un caractère singulier qui est le suivant : le canal, étendu de la vessie à la peau, présentait une paroi mince, exclusivement formée par la muqueuse vésicale et une

tunique externe de tissu conjonctif, sans que la musculeuse de l'organe en fasse partie. Il semblait que la muqueuse eût été attirée à travers une boutonnière faite à la tunique musculeuse, et cependant les fils avaient traversé toute l'épaisseur de la paroi. Ces fils avaient donc coupé la musculeuse au bout de quelques jours, évidemment après la réunion de la plaie vésicale à la plaie cutanée ; il est impossible de s'expliquer autrement l'absence de tissu musculaire dans la paroi du nouvel urèthre. Les anses de fil étaient lâches, n'étreignaient plus les tissus.

Une sonde en caoutchouc rouge n° 18, pénétrait à frottement par l'orifice cutané, qui se présentait sous la forme d'une fente verticale.

La vessie étant ouverte par sa paroi postérieure, on trouva dans sa cavité environ 20 grammes d'urine purulente, et l'on aperçut sur la paroi antérieure deux orifices et une saillie. Celle-ci, due à l'hypertrophie prostatique, avait la forme d'un col utérin à lèvre postérieure hypertrophiée, sans tumeur indépendante. Au centre de la saillie se voyait le premier orifice ou col vésical ; au-dessus de celui-ci existait un second orifice en forme de fente verticale, situé au fond d'une dépression allongée. La sonde en caoutchouc n° 18, introduite de la vessie vers la peau, pénétrait à frottement dans cette fente ou orifice vésical du nouvel urèthre.

L'urèthre ancien ne fut pas examiné. Les autres lésions, causes de la mort, consistaient en pyélo-néphrite suppurée et congestion pulmonaire.

Observation XXXIV (*Professeur Poncet*) (1).

Un vieillard de 65 ans fut envoyé à l'Hôtel-Dieu de Lyon, par le docteur Féat.

Le malade, depuis trois jours, avait été pris, sans cause appré-

(1) Extrait d'une leçon publiée dans le *Mercredi-Médical*, n° du 4 novembre 1891.

ciable, d'un pissement de sang abondant. Le cathétérisme, qui était alors facile, n'avait rien révélé du côté de la vessie, mais l'hématurie persistant, le malade entra dans le service de M. Poncet. Le jour même de l'entrée, des accidents de rétention se produisirent. Ne pouvant, par suite de l'hypertrophie prostatique qui était énorme, pénétrer dans la vessie avec une sonde, l'interne de garde pratiqua une ponction capillaire. J'examinai le malade, dit M. Poncet, douze heures environ après la ponction ; la nuit avait été mauvaise ; il se plaignait de ne pouvoir uriner et accusait une douleur assez vive à la pression au-dessus du pubis. Le toucher rectal révélait une hypertrophie prostatique assez considérable. Le cathétérisme était assez facile avec une sonde molle ; il ramena trois quarts de verre environ de sang, d'une coloration noire foncée.

L'exploration de la cavité vésicale, avec la sonde de Thompson, permit de constater l'absence d'un calcul, mais ne me donna pas d'autres renseignements. Je pensai à une tumeur de la vessie, et en présence de ces hématuries abondantes, qui avaient déjà considérablement affaibli le malade, je pratiquai la taille sus-pubienne.

La ligne blanche incisée, un liquide noirâtre, d'odeur urineuse, s'échappa en abondance par la plaie. L'infiltration s'étendait jusqu'aux deux fosses iliaques, elle était d'autant plus nette que le liquide contrastait, par sa teinte foncée, avec celle des parties voisines.

La paroi antérieure de la vessie fut facilement mise à découvert, on n'aperçut aucune ouverture. A l'incision de cet organe, il s'ecoula du sang noir en abondance ; on enleva en même temps, soit avec les doigts, soit avec des tampons, de gros caillots mous, analogues à du raisiné. Ces caillots mous, diffluents, remplissait tout le bas-fond vésical.

Lorsque la vessie fut vidée, on aperçut très nettement, sur la lèvre supérieure droite du col, une petite tumeur du volume d'un haricot, présentant à son centre un jet d'apparence artérielle. Le toucher, la vue, nous montrèrent qu'il s'agissait d'une petite excroissance prostatique avec hémorrhoïde ulcérée par laquelle le sang s'échappait en abondance. Des cautérisations avec la pointe

du thermo-cautère, des injections froides ne purent arrêter l'hémorrhagie qui fut enrayée par la compression avec un tampon de gaze iodoformée.

Le pourtour de la vessie, là où s'était faite l'infiltration urineuse, fut capitonnée avec la gaze iodoformée et les trois quarts postérieurs des lèvres vésicales suturées aux bords de la paroi abdominale.

CONCLUSIONS

— La cystostomie sus-pubienne, préconisée en France surtout par M. le professeur A. Poncet, de Lyon, et en Amérique par M. le Dr Hunter Mac Guire, consiste à créer un urèthre artificiel en amont de l'obstacle prostatique, de même que l'on fait un anus artificiel en deçà d'un rétrécissement de l'intestin.

— Le manuel opératoire, extrêmement facile, est le même que celui de la taille hypogastrique, mais avec une suture des bords de l'orifice vésical aux bords de la plaie abdominale. L'emploi du ballon de Petersen et des tubes Perier-Guyon est plus nuisible qu'utile ; la position inclinée de Trendelenburg est d'un grand secours dans tous les cas, mais elle n'est pas indispensable. La suture de la vessie à la paroi abdominale doit être faite avec beaucoup de soin.

— La cystostomie est indiquée :

Dans les cas de rétention d'urine chez un prostatique, avec impossibilité de cathétérisme ou lorsque le cathétérisme est très difficile.

Dans les cas de fausses routes et d'infection.

Dans les cas où se trouve indiqué l'emploi des ponctions répétées ou de la sonde à demeure.

Dans les cas où un cathétérisme douloureux doit être trop fréquemment répété.

— Le pronostic de l'opération est extrêmement bénin, lorsqu'on n'intervient pas dans les cas désespérés.

Il n'y a pas à craindre ni la péritonite, ni l'infiltration d'urine.

— Les résultats immédiats sont constamment excellents, car les malades sont immédiatement soulagés.

Les résultats éloignés sont très encourageants, car les deux tiers des cystostomisés (8 sur 12), gardent leurs urines pendant plusieurs heures, soit spontanément, soit au moyen d'un appareil. Près de la moitié (5 sur 12) ont un urèthre artificiel convenable, et il y a lieu d'espérer qu'on arrivera à augmenter cette proportion.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Paris. — Imp. de la Faculté de Médecine, Henri Jouve, 15, rue Racine

Dans les cas où se trouve indiqué l'emploi des pommades répétées, ou de la sonde à demeure.

Dans les cas où un cathétérisme douloureux doit être trop fréquemment répété.

— La proposée de l'opération est extrêmement bénin, lorsqu'on n'intervient pas dans les cas désespérés.

Il n'y a pas à craindre ni la pyémie, ni l'infection d'urine.

— Les résultats immédiats sont généralement excellents, car les malades sont immédiatement soulagés.

Les résultats éloignés sont très avantageux, puisque les deux tiers des ostéotomisés se sont trouvés, quelques années plus tard, parfaitement bien, sans éprouver de douleurs, soit au moyen d'un appareil. Après de la moitié des cas, il y a un rétrécissement considérable, et il y a lieu d'espérer qu'on parviendra à augmenter cette proportion.

Vu : la Doyen, Vu : le Président de la Thèse,

BROUARDEL. TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

Paris. — Imp. de la Faculté de Médecine. Rue Hautefeuille, 19.